ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Bogotá D.C.,

Señores:
COLEGIO LA INMACULADA
Dirección:
CARRERA 4 # 4 09
Ciudad:

PUERTO RONDON (ARAUCA)

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el título expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	YULY PAOLA ACOSTA ATENCIO
Documento de Identidad	1018429743
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	1/12/2006 #058321
Ciudad de expedición del título	

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4° de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA

Yuly Paola Acosta Atencio
NOMBRE DEL COLABORADOR
CEDULA 1018429743

Escaneado con CamScanner