ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Bogotá D.C., Señores:

Fee Estudio empresarial
Dirección: Cl. 41 Bis #14-11
Ciudad: Bogota D.c
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 titulo 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	**DARLI MELISA GOMEZ ACOSTA**
Documento de Identidad	**1012916937**
Título otorgado	**AUXILIAR EN SALUD ORAL**
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	**14 DE DICIEMBRE 2018 No. de acta 053**
Ciudad de expedición del titulo	**Bogota dc**

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 4º 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 _____
NOMBRE DEL COLABORADOR
CEDULA