ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Bogotá D.C.,Diciembre 01 de 2021

Señores:
INSTITUTO INTEGRADO DE SUBA
Dirección:
CALLE 139 # 108-36 SUBA
Ciudad:
Bogotá

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	ERIKA PAOLA TORRES LUENGAS
Documento de Identidad	52.915.068
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	DICIEMBRE 12 DE 2015
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

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

PAOLA T.
_____
ERIKA PAOLA TORRES LUENGAS
CEDULA 52.915.068 De Bogotá

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Bogotá D.C., Diciembre 01 de 2021

Señores:
INSTITUCION DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO CAMPOALTO
Dirección:
AVENIDA CARACAS #34 -22
Ciudad:
Bogotá

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	ERIKA PAOLA TORRES LUENGAS
Documento de Identidad	52.915.068
Título otorgado	AUXILIAR EN ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	MARZO 02 DE 2019
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

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

PAOLA T.

RIKA PAOLA TORRES LUENGAS
CEDULA 52.915.068 De Bogotá