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

Bogotá D.C., 01-DIC-2021

Señores
TECNISALUD - BUENAVENTURA
Dirección CALLE 4 Nº 10-48 CBARRIO CENTENARIO)
Ciudad BUENAVENTURA - UNIV. DEL CAUCA

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.:

Nombre	MARICELA GIRALDO QUIROZ
Documento de Identidad	29.233 297
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR ENFERMERIA
Fecha del diploma (o del acta de grado o ambos)	25 DE JUNIO 2008
Ciudad de expedición	BUENAVENTURA - UNIV. DEL CAUCA

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:
Correo Electrónico:

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

Mariela Giraldo Quiroz
NOMBRE DEL COLABORADOR
CEDULA 29233297