



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

Bogotá D.C.,

Señores:

\_\_\_\_ INSTITUTO DE CAPACITACION TECNICO LABORAL DE BOGOTA  
SENA, SALUD  
COLEGIO DISTRITAL NOCTURNO MANUELA BELTRAN

Dirección:

\_\_\_\_ CALLE 71 14 15 CHAPINERO  
CRA 6 45 42  
CALLE 58 13 84

Ciudad: BOGOTA

\_\_\_\_ BOGOTA  
BOGOTA

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                                  | ADRIANA RIOS GAITAN             |
| Documento de Identidad                   | 51782904                        |
| Título otorgado                          | TECNICO AUXILIAR ENFERMERIA     |
| Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta | 15 12 2001, 28 SEPT, 2011. 1983 |
| Ciudad de expedición del título          | BOGOTA, 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@subredsuoccidente.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subredsuoccidente.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

ADRIANA RIOS GAITAN

NOMBRE DEL COLABORADOR

CEDULA 51782904

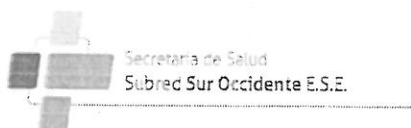
Calle 9#39-46

Código postal 110851

Tel.: 7560505

[www.subredsuoccidente.gov.co](http://www.subredsuoccidente.gov.co)

Info: 195



BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS