Bogotá D.C., 15 - Dic - 2022

Señores:
Tecnisalud Buenaventura
Dirección:
Cl 4 N° 10-48 Barrio centenario
Ciudad:
Buenaventura Valle 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 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	Mariela Giraldo Quiroz
Documento de Identidad	29,233.297
Título otorgado	Tecnico Auxiliar Enfermeria
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	25 - Julio - 2008
Ciudad de expedición del titulo	Buenaventura Valle

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

Mariela Giraldo Quiroz
NOMBRE DEL COLABORADOR
CEDULA 29 233297