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

Bogotá D.C.,

Señores:
Dirección:

Ciudad:

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	Katherin Viviana Lizarazo Bastidas
Documento de Identidad	1072699824
Título otorgado	Lic en psicología y pedagogía
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22-12-2015 N 549
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Nombres	Katherin Viviana Lizarazo Bastidas
Documento de Identidad	1072699824
Título otorgado	Neuropsicología Escolar
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	01-10-2021 N 483
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá

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,

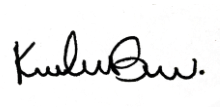
_____

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,

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

FIRMA



NOMBRE DEL COLABORADOR : Katherin Lizarazo Bastidas
CEDULA : 1072699824

Secretaría de Salud
Subred **Sur Occidente** E.S.E.