



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C.,

Señores:

Subred Integrada de servicios de salud

Dirección: Calle

19A 34-94

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 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	Diana Marcela Bernal Hernandez
Documento de Identidad	52280483
Título otorgado	Auxiliar de enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	24-07-2010
Ciudad de expedición del título	Bogotá

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 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,

Diana Marcela Bernal

FIRMA

NOMBRE DEL COLABORADOR CEDULA 52280583

Calle 9#39-46

Código postal 110851 Tel.: 7560505

www.subredsuroccidente.gov.co

Info: 195



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