

Bogotá D.C.,

Señores: COLEGIO ZAFIR

Dirección: CARRERA 141 A BIS # 143 B - 52

Ciudad: 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.:

<b>Nombres</b>	MARIA CAMILA CANTE LEON
<b>Documento de Identidad</b>	1.001.067.010
<b>Título otorgado</b>	BACHILLER ACADEMICA
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	19/12/2020 ACTA N° 024
<b>Ciudad de expedición del título</b>	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@subredsuroccidente.gov.co](mailto: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,

**FIRMA**



**NOMBRE DEL COLABORADOR MARIA CAMILA CANTE LEON**  
**CEDULA 1.001.067.010 de Bogotá**

Calle 9#39-46  
Código postal 110851  
Tel.: 7560505  
[www.subredsuroccidente.gov.co](http://www.subredsuroccidente.gov.co)  
Info: 195