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

Bogotá D.C.,

Señores:
Instituto Ingata
Dirección:
Cl 175a Hus Bogota
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 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	Lenis Johana Mosquera Hoscuero
Documento de Identidad	1030420097
Título otorgado	Auxiliar de enfermeria
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Libro 4 folio 68 registro 61
Ciudad de expedición del titulo	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,

Lenis Johana Mosquera M

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

Lenis Johana Mosquera M

NOMBRE DEL COLABORADOR
CEDULA

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

Bogotá D.C.,

Señores:
Integrado cortasquilla Industrial
Dirección:
Cra 7 #27-34 Quibdó Chocó
Ciudad:
Quibdo chocó

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	Lenis Yohana Mosquera Mosquera
Documento de Identidad	1030470097
Título otorgado	Bachiller
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	007
Ciudad de expedición del titulo	Quibdó Chocó

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,

Lenis Yohana Mosquera M.
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

Lenis Yohana Mosquera M
NOMBRE DEL COLABORADOR
CEDULA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.030.420.097**

MOSQUERA MOSQUERA

APELLIDOS

LENIS YOHANA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUL-1991**

RIO IRO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA

AB+ G.S. RH

F SEXO

17-SEP-2009 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00929084-F-1030420097-20170802 **00568**56768A 1 9910086993