



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Bogotá D.C.,

Señores: Categoría Miguel de Cervantes

Dirección

Ciudad: Sococha

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	<u>Liliana Machecha Cuyá</u>
Documento de Identidad	<u>95102602413</u>
Título otorgado	<u>Bachillerato académico</u>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<u>06/01/2012. NO. de acta 14</u>
Ciudad de expedición del título	<u>Cundinamarca (Sococha)</u>

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

Liliana Machecha Cuyá

NOMBRE DEL COLABORADOR

CEDULA 1024-867.094.

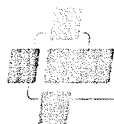
Calle 9 # 39-46

Código postal 110851

Tel.: 7560505

www.subredsuroccidente.gov.co

Info: 195



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

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

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

Bogotá D.C.,

Señores: *Fundación Agua Fria de Olaya*

Dirección:

Ciudad: *Socacha*

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	<i>Liliana Mchecha Olaya</i>
Documento de Identidad	<i>10245670094</i>
Título otorgado	<i>Técnico Auxiliar de enfermería</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<i>23 / Julio / 2015</i>
Ciudad de expedición del título	

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: verificandotitulos@subredsuoccidente.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

Liliana Mchecha Olaya

NOMBRE DEL COLABORADOR

CEDULA

Calle 9 # 39-46

Código postal 110851

Tel.: 7560505

www.subredsuoccidente.gov.co

Info: 195



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

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS