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

Bogotá D.C.,

Señores: Predesalud

Dirección: cra 78K # 40b -56

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de titulo 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** | Naxibe Solanlly Castiblanco T. |
| **Documento de Identidad** | 52'966.573 |
| **Título otorgado** | Auxiliar de enfemeria |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | Junio 19 de 2014 # 063 |
| **Ciudad de expedición del titulo** | 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

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**

**NÓMBRE DEL COLABORADOR**
**CEDULA** 52'966.573.

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

Bogotá D.C.,

Señores: Colegio Britanico

Dirección: Cra 78K #38C-14

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** | Nayibe Sokamilly Castiblanco T. |
| **Documento de Identidad** | 52'966.573 |
| **Título otorgado** | Bachiller academico |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | Diciembre 12 de 2004 #0808 |
| **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 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**

**NOMBRE DEL COLABORADOR**
**CEDULA** 52'966.573