BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Bogotá D.C., 14 de abril del 2020

Señores:
Fundación Universitaria del Área Andina
Dirección: Carrera 14ª # 70ª-34
Ciudad: Bogotá D.C.

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	Julie Andrea Grijalba Castillo
Documento de Identidad	52.878.034 de Bogotá.
Título otorgado	Enfermera
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	13/07/2012 – No. 586
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D.C.

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,

FIRMA Julie Andrea Grijalba C.

Julie Andrea Grijalba Castillo
C.C. 52878034 de Bogotá D.C.

Escaneado con CamScanner