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

Bogotá D.C., Agosto 17 de 2024

Señores:
LICEO MAX PLANCK
Dirección:
Calle 81ª No 1c este - 22
Ciudad:
Bogotá D.C., Cundinamarca

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	JHON ALEXANDER CASTILLO QUINTERO
Documento de Identidad	80.254.927 de Bogotá D.C.
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	01/12/2002
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA D.C., CUNDINAMARCA

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
Jhon Alexander Castillo Quintero
JHON ALEXANDER CASTILLO QUINTERO
NOMBRE DEL COLABORADOR
CEDULA. No 80.254.927 DE BOGOTA D.C.

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

Bogotá D.C., Agosto 17 de 2024

Señores:
CORPORACION HUMANAR
Dirección:
Calle 63 No 14 – 36
Ciudad:
Bogotá D.C., Cundinamarca

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	JHON ALEXANDER CASTILLO QUINTERO
Documento de Identidad	80.254.927 de Bogotá D.C.
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	05/06/2018
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA D.C., CUNDINAMARCA

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
Jhon Alexander Castillo Quintero
JHON ALEXANDER CASTILLO QUINTERO
NOMBRE DEL COLABORADOR
CEDULA. No 80.254.927 DE BOGOTA D.C.