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 TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO**
Dirección:
**Carrera 21ª No 8 – 46**
Ciudad:
**La Mesa, 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** | ORLANDO MAURICIO BERNATE PARRA |
| **Documento de Identidad** | 79.686.255 de Bogotá D.C. |
| **Título otorgado** | AUXILIAR DE ENFERMERIA |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 20/06/2020 – No 56 |
| **Ciudad de expedición del titulo** | LA MESA, 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** Orlando Bernate

ORLANDO MAURICIO BERNATE PARRA
**NOMBRE DEL COLABORADOR**
**CEDULA. No 79.686.255 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:
**LICEO REYNEL**
Dirección:
**Diagonal 42 sur No 55 – 25**
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** | ORLANDO MAURICIO BERNATE PARRA |
| **Documento de Identidad** | 79.686.255 de Bogotá D.C. |
| **Título otorgado** | BACHILLER ACADEMICO |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 02/12/1994 – No 002 |
| **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** Orlando Bernate

**ORLANDO MAURICIO BERNATE PARRA**
**NOMBRE DEL COLABORADOR**
**CEDULA. No 79.686.255 DE BOGOTA D.C.**