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

Bogotá D.C. 18 de agosto de 2024

Señores:
Fundación Universitaria
San Martin

Dirección:
Cr 18 # 80-45

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto: Verificación de título profesional

Respetuo
so
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	Zamara Mendoza Caviedes
Documento de Identidad	53131316
Título otorgado	Psicóloga
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	15-05-2013
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,

Direc
tor
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

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

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.
Atentamen
te,

FIRMA



NOMBRE DEL COLABORADOR ZAMARA MENDOZA CAVIEDES
CEDULA 53131316

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