



Bogotá D.C., 18-08-2024

Señores:
UNIVERSIDAD CATOLICA LUIS AMIGÓ
Dirección:
Avenida Suba N. 128 A 51
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	SANDRA XIMENA AYALA CORTES
Documento de Identidad	52985737
Título otorgado	PSICOLOGA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	23/06/2017 N. 1990
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,

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuroccidente.gov.co
Info: 195



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Red Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E.

FIRMA

SANDRA XIMENA AYALA CORTES

NOMBRE DEL COLABORADOR

CEDULA 52985737



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

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuroccidente.gov.co
Info: 195