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

Bogotá D.C., 18/08/2024
Señores: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Dirección: Cl 9 #39-46

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título profesional

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	Andrea del Pilar Valcárcel Garrido
Documento de Identidad	Cedula de ciudadanía 1.010.239.843
Título otorgado	Psicologo
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Diploma: 15/09/2020 Acta: 15/09/2020, No Acta: 453
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D.C

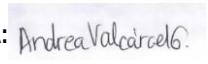
Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

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: 

N**OMBRE DEL COLABORADOR: Andrea del Pilar Valcarcel Garrido**
CEDULA: 1.010.239.843

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

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

Bogotá D.C., 18/08/2024
Señores: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Dirección: Cl 9 #39-46

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título bachiller

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	Andrea del Pilar Valcárcel Garrido
Documento de Identidad	Cedula de ciudadanía 1.010.239.843
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	05/12/2015 No Folio 0075 Libro de registro No 1
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D.C

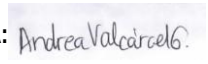
Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

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: 

N**OMBRE DEL COLABORADOR: Andrea del Pilar Valcarcel Garrido**
CEDULA: 1.010.239.843

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