ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Bogotá D.C., AGOSTO 19 DE 2024

Señores:
COLEGIO CEDID CIUDAD BOLIVAR
Dirección:
DG 70SUR # 56 - 11
Ciudad:
BOGOTA DC

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	JORGE ELIECER CHAVEZ DIAZ
Documento de Identidad	79446439
Título otorgado	BACHILER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	DICIEMBRE 06 DE 1985
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA DC

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

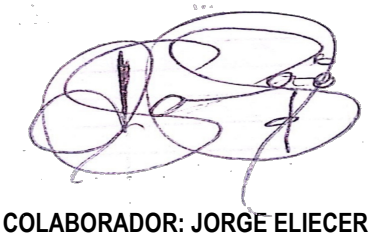
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

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
NOMBRE DEL COLABORADOR: JORGE ELIECER CHAVEZ DIAZ
CEDULA: 79446439 DE BGTA