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

Bogotá D.C., Agosto 15 de 2024

Señores:
INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR
Dirección:
KR 28 # 52ª SUR - 9
Ciudad:
BOGOTA D.C

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	DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO
Documento de Identidad	861201-51160
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	NOVIEMBRE 28 DE 2003
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA 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 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
Diego Fdo. Hernández Bueno.
_____
DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO
CEDULA: 1.032.376.556 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 15 de 2024

Señores:
ESCUELA DE ADMINISTRACION Y FORMACION EN SALUD - ESAF
Dirección:
CALLE 52 # 9 - 72
Ciudad:
BOGOTA D.C

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	DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO
Documento de Identidad	1032376556
Título otorgado	AUXILIAR EN ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	JUNIO 20 DE 2015
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA 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 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

Diego Fdo. Hernández Bueno.

DIEGO FERNANDO HERNANDEZ BUENO
CEDULA: 1.032.376.556 DE BOGOTA D.C