Bogotá D.C., AGOSTO 17 de 2024

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

Señores:
COLEGIO SAN JOSE
Dirección:
DIAGONAL 8 # 11-33
Ciudad:
ALTOS DE CAZUCA SOACHA

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	LUIS CARLOS BERMUDEZ SUAREZ
Documento de Identidad	80.921.585
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22/12/2010
Ciudad de expedición del titulo	SOACHA /CUNDINAMARCA

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

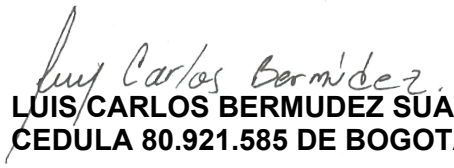
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

_____

Director

DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO



LUIS CARLOS BERMUDEZ SUAREZ
CEDULA 80.921.585 DE BOGOTA D.C

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

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

FIRMA

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,