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

Bogotá D.C., 21/08/2024

Señores: COLEGIO FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

Dirección: CALLE 61 SUR N° 80 I 40

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	WILSON TORRES MONTERO
Documento de Identidad	1012421473
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	02 DE DICIEMBRE DE 2011 ACTA 205
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 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:WILSON TORRES MONTERO
NOMBRE DEL COLABORADOR: WILSON TORRES MONTERO
CEDULA: 1012421473 BOGOTA D.C

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