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

Bogotá D.C.,

Señores: Fundación Universitaria Ciencias de la Salud –Universidad CES

Dirección: -Carrera 54ª N°67ª-80 /Calle 10A N°22-04

Ciudad: Bogotá D.C -Medellín

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	Gina Fernanda Vanegas Romero
Documento de Identidad	1.012.430.221
Título otorgado	Tecnóloga en Atención Prehospitalaria
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	05/04/2018 16203
Ciudad de expedición del titulo	Medellín

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

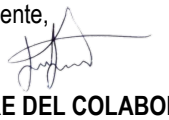
Atentamente,



_____

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: Gina Fernanda Vanegas Romero
CEDULA: 1.012.430.221

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