ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Bogotá D.C., 19. Agosto. 2024

Señores: SENA

Dirección: Cra 6 + 45 - 42

Ciudad: BOGOTA

Asunto: Verificación de titulo 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	Marly Yohana Rojo Rodriguez
Documento de identidad	52290175
Título otorgado	Auxiliar de Enfermeria
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Diciembre 18: 2007
Ciudad de expedición del titulo	Bogota

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:
CEDULA: 52290175