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

Bogotá D.C., 19 de octubre de 2024

Señores: INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL TECNICO COMERCIAL JOSE DE SAN MARTIN
Dirección: Tabio Ciudad:
Tabio

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	Michel Tatiana Canchón Sandoval
Documento de Identidad	1.003.526.395
Título otorgado	BACHILLER TÉCNICO CON ESPECIALIDAD EN GESTIÓN EMPRESARIAL.
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	04/12/2014 Acta – No 076
Ciudad de expedición del titulo	Tabio 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

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

Michel Tatiana Canchón S.
NOMBRE DEL COLABORADOR : Michel Tatiana Canchón Sandoval CEDULA: 1.003.526.395

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

Bogotá D.C., 19 de octubre de 2024

Señores: CORPORACION DE ESTUDIOS EN ADMINISTRACION CEAS
Dirección: Cl. 5 #5-21
Ciudad: La Mesa

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	Michel Tatiana Canchón Sandoval
Documento de Identidad	1.003.526.395
Título otorgado	Auxiliar de enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	18/12/2021 Acta – No 175
Ciudad de expedición del titulo	La Mesa

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

Michel Tatiana Canchón S.

NOMBRE DEL COLABORADOR : Michel Tatiana Canchón Sandoval CEDULA: 1.003.526.395

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