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

Bogotá D.C., octubre 18 de 2024

Señores:
Universidad de Cartagena
Calle 6 36 100
Cartagena Bolivar

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	Javier Alonso Jiménez López
Documento de Identidad	85160481
Título otorgado	Odontólogo
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14/08/1987 acta #2
Ciudad de expedición del titulo	Cartagena Bolivar

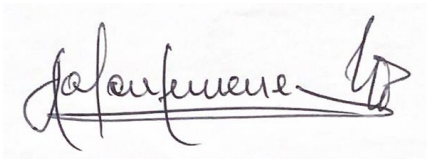
Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

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



_____
NOMBRE DEL COLABORADOR : Javier Alonso Jiménez López
CEDULA : 85160481

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