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

Bogotá D.C., 18 DE OCTUBRE de 2024

Señores: Facultad de artes ASAB
UNIVERSIDAD DITRITAL FRANCISCO
JOSE DE CALDFAS
Dirección: KR 15 15 - 02
Ciudad: BOGOTA

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	LUIS DANIEL VELÁSQUEZ RODRÍGUEZ
Documento de Identidad	79216517
Título otorgado	PROFESIONAL EN ARTES ENFASIS ACTUACION
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	17/06/2016
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá

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 dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,
FIRMA

NOMBRE DEL COLABORADOR
LUIS DANIEL VELÁSQUEZ RODRÍGUEZ
CEDULA 79216517