Bogotá D.C., 18-10-2024

Señores: Corporación de Educación Nacional de Administración “CENDA”

Dirección: Av. Caracas 35-18 Teléfono: 0615733570

Ciudad: Bogotá D.C

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	Gustavo Alejandro Chivata Aldana
Documento de Identidad	80.817.201
Título otorgado	Licenciado en educación básica con énfasis en educación física recreación y deporte.
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Acta de graduación N° 171 del 4-09-2009
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D.C.

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

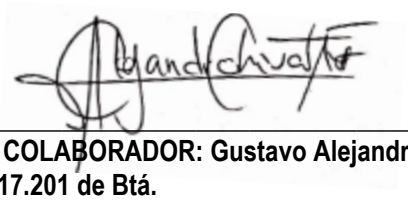
Atentamente,

_____

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: Gustavo Alejandro Chivatá Aldana
CEDULA: 80.817.201 de Btá.