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

Bogotá D.C. 18 de octubre 2024

Señores:

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
Av Carrera 24 # 63C-69
Bogotá, D. C

Asunto: Verificación de Profesional Terapeuta Ocupacional

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** | MAYTE CARDENAS ANGULO |
| **Documento de Identidad** | 52032107 |
| **Título otorgado** | TERAPEUTA OCUPACIONAL |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 31/10/1996 Acta # 3 |
| **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 a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

Mayté Cárdenas A

**FIRMA**
**Mayte Cárdenas Angulo**
**C.C. 52032107 de Bogotá**

Bogotá D.C., 18 de 0ctubre 2024

Señores:

Universidad Jorge Tadeo Lozano
Carrera. 4 # 22-61
Bogotá, D. C

Asunto: Verificación de Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional

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** | MAYTE CARDENAS ANGULO |
| **Documento de Identidad** | 52032107 |
| **Título otorgado** | Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 14/09/2011 Acta # 314 |
| **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 a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

Mayté Cárdenas A

**FIRMA**
**Mayte Cárdenas Angulo**
**C.C. 52032107 de Bogotá**