Bogotá D.C., 18 de octubre de 2024

Señores: CENTRO EDUCATIVO BOLIVARIANO
Corporación Universitaria Iberoamericana

Dirección:CL 139 101 D 15 Ciudad:
Bogotá

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	Sirley del Carmen corcho de hoyos
Documento de Identidad	52258177
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	N.039 21/07/2012
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
Sirley del Carmen Corcho de Hoyos
CC. 52258177