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:

CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

Dirección:

DG 81F # 72C - 1

Ciudad:

BOGOTÀ

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	JOHAN DAVID URREGO CARRILLO
Documento de Identidad	1023916084
Título otorgado	PSICOLOGO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	06/12/2021 – ACTA 204
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTÀ

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: JOHAN DAVID URREGO CARRILLO
CEDULA: 1023916084
Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuroccidente.gov.coInfo: 195

Secretaría de Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.