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

Bogotá D.C., 20 de Diciembre de 2024

Señores: ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA

Dirección: Calle 36 No. 15 - 63

Ciudad: Bogota D.C.

Asunto: Verificacón 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	Maria Elisa Ramirez Amaya
Documento de Identidad	52.909.391 de Bogotá
Título otorgado	Auxiliar de Enfermeria.
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21 de Noviembre de 2008 Acta No. 033
Ciudad de expedición del titulo	Bogota 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 4° 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:
N**OMBRE DEL COLABORADOR:** Maria Elisa Ramirez Amaya
CEDULA: 52.909.391 de Bogotá

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

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

Bogotá D.C., 20 de Diciembre de 2024

Señores: COLEGIO CRISTO REY

Dirección: Calle 79 B No. 30-23

Ciudad: Bogota D.C.

Asunto: Verificacón de título de Bachiller.

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	Maria Elisa Ramirez Amaya
Documento de Identidad	52.909.391 de Bogotá
Título otorgado	Bachiller Academico con Enfasis en Adminsitracion de Empresas.
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	25 de Noviembre de 2000 Acta No. 38
Ciudad de expedición del titulo	Bogota 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 4° 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:
N**OMBRE DEL COLABORADOR:** María Elisa Ramirez Amaya.
CEDULA: 52.909.391 de Bogotá.

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuroccidente.gov.co
Info: 195