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

BOGOTA D.C
Señores: COLEGIO LEONARDO POSADA PEDRAZA I.E.D
Dirección: Cra. 92 #72Sur-42

Ciudad: Bogotá DC
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	BAYRON ALEXIS CARDENAS DIAZ
Documento de Identidad	1.000.117.798
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	28/11/2017 ACTA 07
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá DC

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,



PROFESIONAL ESPECIALIZADO III 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
BAYRON ALEXIS CARDENAS DIAZ
CÉDULA : 1.000.117.798

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

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