Bogotá D.C 01 septiembre 2025

Señores: ESCUELA DE PROGRAMAS TECNICOS CEDEP

Dirección: AC CARACAS 45 00

Ciudad: BOGOTA D.C

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	YURY LIZZETHE ALVAREZ CARRILLO
Documento de Identidad	1.121.858.816
Título otorgado	TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	17 DICIEMBRE 2008-171208
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 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

Yury Alvarez

_____

NOMBRE DEL COLABORADOR: YURY LEZZETHE ALVAREZ CARRILLO

CEDULA: 1.121.858.816