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

Bogotá D.C., JUNIO 17 DE 2024.

Señores: CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO.

Dirección: CARRERA 22 # 21 A 24.

Ciudad: LA MESA, CUNDINAMARCA.

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	KATHERIN RUIZ MONTOYA
Documento de Identidad	1233495533
Título otorgado	AUXILIAR EN ENFERMERÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	29-07-2017 – ACTA DE GRADO 77
Ciudad de expedición del titulo	LA MESA, CUNDINAMARCA..

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

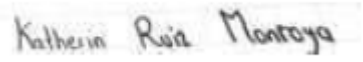
Atentamente,



_____
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: KATHERIN RUIZ MONTOYA.**
CEDULA: 1233495533