BOGOTA D.C. 1 SEPTIEMBRE 2025

Señores: INSTITUTO NICOLAS COPERNICO

Dirección: CRA 24 17 41 SUR -

Ciudad: BOGOTA

Asunto: Verificación de título BACHILLER ACADEMICO
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	MARJORIE SOFIA ARIAS SALAZAR
Documento de Identidad	51793312
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	30/11/1993- 2787
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

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



_____
NOMBRE DEL COLABORADOR: MARJORIE SOFIA ARIAS SALAZAR
CEDULA:

BOGOTA D.C. 1 SEPTIEMBRE 2025