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

Bogotá D.C.,

Señores: GOBERNACION DEL TOLIMA SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA, CENTRO DE CAPACITACION Y DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN SALUD IBAGUÉ
Dirección: Cra 3ª No 10-11
Ciudad: Ibagué Tolima

Asunto: Verificación de título TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

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	Angie Mayerly Herrera López
Documento de Identidad	CC 65784243
Título otorgado	TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	11/12/1998 ACTA 058
Ciudad de expedición del titulo	Ibagué

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 : Angie Mayerly Herrera López
CEDULA : 65784243