Bogotá D.C de octubre del 2025,

Señores:
FUNDACIÒN UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Dirección
CR 18 Nº 80-45
Ciudad:
Bogotá

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	Viviana J azbleidy Tellez Ríos
Documento de Identidad	52765292
Título otorgado	Psicóloga
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	2389
Ciudad de expedición del titulo	11 de Marzo 2016

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 Viviana Jazbleidy Tellez Rios

NOMBRE DEL COLABORADOR Viviana Jazbleidy Tellez Rios
CEDULA 52765292 de Bogotá

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

Bogotá D.C 01/10/2025. ,

Señores:
KONRAD LORENZ FUNDACIÒN UNIVERSITARIA

Dirección
CR 9 BIS Nº 62-43
Ciudad:
Bogotá

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	Viviana J azbleidy Tellez Ríos
Documento de Identidad	52765292
Título otorgado	Especialista en psicología clínica infantil del adolescente y la familia .
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	32
Ciudad de expedición del titulo	28 Septiembre 2020

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 Viviana Jazbleidy Tellez Rios

NOMBRE DEL COLABORADOR Viviana Jazbleidy Tellez Rios
CEDULA 52765292 de Bogotá