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

Bogotá D.C., 1/10/2025

Señores: UNIMINUTO

Dirección: Cra 73 a # 81b-70

Ciudad: Bogotá 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	Fabio Nelson García Cosme
Documento de Identidad	80122372
Título otorgado	Psicólogo
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	13/08/2016
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá 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 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 Fabio Nelson García Cosme
NOMBRE DEL COLABORADOR: Fabio Nelson García Cosme
CEDULA: 80122372

Fabio N. García C.
Psicólogo
Magíster en Psicología
Clínica y de la Salud
T.P. 164022

Secretaría de Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.

Scanned with CamScanner

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

Bogotá D.C., 1/10/2025

Señores: UNINIMX

Dirección: Estados unidos de MX

Ciudad: CAMPECHE

Asunto: Verificación de titulo 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	Fabio Nelson García Cosme
Documento de Identidad	80122372
Título otorgado	Maestría en psicología de la salud
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	06/12/2019
Ciudad de expedición del titulo	Estado de Campeche

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 titulo, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA Fabio Nelson García Cosme
NOMBRE DEL COLABORADOR: Fabio Nelson García Cosme
CEDULA: 80122372

Fabio N. García C
Psicólogo
Magíster en Psicología
Clínica y de la Salud
T.P. 184022

Secretaría de Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.

Scanned with CamScanner