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

Bogotá D.C., Octubre 2025

Señores: INSTITUTO TECNICO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO DEL DESARROLLO HUMANO MANUELA BELTRÁN

Dirección: Carrera 11 No 16

Ciudad: GRANADA META

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	REYBERT JAVIER MOSQUERA URRUTIA
Documento de Identidad	1128025319
Título otorgado	TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	06/12/2015 REGISTRO 09
Ciudad de expedición del titulo	GRANADA META

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 IV
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,

Reybert Javier M.C

FIRMA_____
NOMBRE DEL COLABORADOR: REYBERT JAVIER MOSQUERA URRUTIA
CEDULA: 1128025319

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

Bogotá D.C., Octubre 2025

Señores: INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOAQUIN URRUTIA

Dirección: Medio San Juan, Istmina, Chocó

Ciudad: Medio San Juan, Istmina, Chocó

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	REYBERT JAVIER MOSQUERA URRUTIA
Documento de Identidad	95040228528
Título otorgado	BACHILLER TECNICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	01/11/2012
Ciudad de expedición del titulo	MEDIO SAN JUAN, ISTMINA, CHOCÓ

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 IV
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,

Reybert Javier M.C

FIRMA_____
NOMBRE DEL COLABORADOR: REYBERT JAVIER MOSQUERA URRUTIA
CEDULA: 1128025319