



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Bogotá, D.C. 27 de enero de 2025

Sres.

Ref.: Verificación
de título

INSTITUTO DE CAPACITACION ICAM
icamsantalibrada@gmail.com

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo y deseo de bienestar. Con el fin de realizar el procedimiento de verificación de título, según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico N.º 1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos), para efectos de vinculación y/o contratación, atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmar si el programa de AUXILIAR DE OFIMATICA Obtenido en su entidad, por la siguiente persona:

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CEDULA	TITULO OBTENIDO	FECHA - FOLIO – REGISTRO
OSCAR ALIRIO VASQUEZ BUSTOS	80741900	AUXILIAR DE OFIMATICA	22 DE DICIEMBRE DE 2012

Por favor, dirigir su respuesta a la Sede Administrativa SUBRED SUR Bogotá – Dirección de Contratación OPS, ubicado en la Cra. 24C # 54 – 47 Sur, o al correo electrónico validaciondetitulos@subredsur.gov.co

Agradezco su amable atención y pronta respuesta.

Cordialmente,

DILSA E. JIMENEZ PUENTES

Técnico Administrativo II

Contratación

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

