Bogotá D.C.,

Señores:
CORPORACION EDUCATIVA ARKOS U
Dirección:
TV 7 # 10 -00
Ciudad:
SOACHA - CUNDINAMARCA

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	ESTEBAN ARTURO MALAGON DIAZ
Documento de Identidad	1022356831
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21/12/2006 ACTA 007
Ciudad de expedición del titulo	SOACHA - CUNDINAMARCA

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,

Esteban Arturo Malagon Diaz

FIRMA
NOMBRE DEL COLABORADOR: ESTEBAN ARTURO MALAGON DIAZ
CEDULA: 1.022.356.831 DE BOGOTA DC

Bogotá D.C.,

Señores:
ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA ESAE LTDA
Dirección:
AC 26 SUR # 35 - 15
Ciudad:
BOGOTA DC

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	ESTEBAN ARTURO MALAGON DIAZ
Documento de Identidad	1022356831
Título otorgado	AUXILIAR EN ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	18/07/2009
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA DC

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,

Esteban Arturo Malagon Diaz

FIRMA
NOMBRE DEL COLABORADOR: ESTEBAN ARTURO MALAGON DIAZ
CEDULA: 1.022.356.831 DE BOGOTA DC