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

Bogotá D.C.

Señores: Fundación Instituto

Tecnológico del Sur Dirección: Carrera

29 52 a 04

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	Isabela Sofía Rodríguez Torres
Documento de Identidad	1033699569
Título otorgado	Bachiller
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	191
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá

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,

FIRMA 

_____
NOMBRE DEL COLABORADOR: Isabela Sofía Rodríguez Torres CEDULA: 1033699569

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuroccidente.gov.co
Info: 195

