ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Bogotá D.C.,

Señores: Colegio Tenerife Granada Sur

Dirección: Calle 73 sur # 32 -06

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título Bachiller

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	Luisa Fernanda Gama Garzón
Documento de Identidad	92111853039
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	01/12/2010 – acta 003
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá

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

FIRMA

NOMBRE DEL COLABORADOR: Luisa Fernanda Gama Garzon
CEDULA: 1.022.981.942