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

Bogotá

Señores: Colegio Porfirio Barba Jacob

Dirección: Calle 70 sur # 81G 13

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título bachiller

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	LEIDY JOHANNA ACOSTA GONZALEZ
Documento de Identidad	1012335755
Título otorgado	BACHILLER TECNICO COMERCIAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	04/12/2004- Acta N°20
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

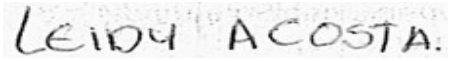
Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

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 III
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:
LEIDYJOHANNA ACOSTA GONZALEZ
CEDULA: 1012335755