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

Bogotá D.C.

Señores: COLEGIO KUEPA RESTREPO

Dirección: KR 19 # 20 -21 SUR

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	HEIDY VANESSA RUIZ YAYA
Documento de Identidad	1031421093
Título otorgado	BACHILLER ACADÉMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22/06/2023 – ACATA N° 42
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

N**OMBRE DEL COLABORADOR:** HEIDY VANESSA RUIZ YAYA
CEDULA: 1031421093