

Bogotá D.C.

Señores: FUSDESA

Dirección: CL 15 SUR # 16-83

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 título 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	ERIKA MARIA CUESTA PEÑA
Documento de Identidad	53100671
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19/12/2004
Ciudad de expedición del título	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

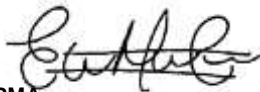
Atentamente,



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: ERIKA MARIA CUESTA PEÑA CEDULA: 53100671