



Bogotá D.C.,

Señores: CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL VENECIA
Dirección: KR 55 # 49-25 SUR
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

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	ANDREA DEL PILAR CAJAMARCA CAJAMARCA
Documento de Identidad	52531446
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	11/12/1998
Ciudad de expedición del título	BOGOTÁ D.C.

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 : ANDREA DEL PILAR CAJAMARCA CAJAMARCA
CEDULA : 52.531.446**

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





**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**

SALUD

Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E.

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