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

Bogotá D.C.,

Señores: INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL CIUDAD DE BOGOTÁ

Dirección: Carrera 25 N° 53 B - 32 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	CAROLINA RODRIGUEZ PADILLA
Documento de Identidad	1013599660
Título otorgado	BACHILLER ACADÉMICO CON ORIENTACIÓN EN SISTEMAS
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	12/12/2020 Folio 2997-192-2997-A02 Acta No. 57
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

CarolinaRodriguez

NOMBRE DEL COLABORADOR : CEDULA :
CAROLINA RODRIGUEZ PADILLA.
1013599660