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

Bogotá D.C., 23-NOV-2020

Señores:
TECNISALUD - BUENAVENTURA

Dirección:
CALLE 4 No 10-48 (BARRIO CENTENARIO)

Ciudad:
BUENAVENTURA - VALLE DEL CAUCA.

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	MARIELA GIRALDO QUIROZ
Documento de Identidad	29.233.297
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	25 DE JULIO 2008
Ciudad de expedición del título	BUENAVENTURA - VALLE DEL CAUCA

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,

Director
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 4° 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

MARIELA GIRALDO QUIROZ
NOMBRE DEL COLABORADOR
CEDULA 29.233.297

Scanned by TapScanner