



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

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

Bogotá D.C.,

Señores:

Centro Johann Kepler.

Dirección:

Carretera #61-42.

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	<u>Yammy Alvarado C.</u>
Documento de Identidad	<u>1073233473.</u>
Título otorgado	<u>Bachiller Académico</u>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<u>15-12-2017</u>
Ciudad de expedición del título	<u>Bogotá</u>

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@subredsuoccidente.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

Yammy Alvarado C.

NOMBRE DEL COLABORADOR

CEDULA 1073233473.

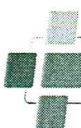
Calle 9#39-46

Código postal 110851

Tel.: 7560505

www.subredsuoccidente.gov.co

Info: 195



Secretaría de Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Bogotá D.C.,

Señores:

FUSDESA
Dirección: CL 15 # 16-85
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	Yenny Alvarado Cárdenas
Documento de Identidad	1073233473
Título otorgado	Técnico Auxiliar de enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	15-01-2017 N° 038
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@subredsuoccidente.gov.co

Atentamente,

Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

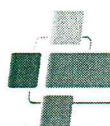
Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4° de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.

Atentamente,

FIRMA

Yenny Alvarado C.
NOMBRE DEL COLABORADOR
CEDULA 1073233473

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



Secretaría de Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.