

Bogotá D.C.,

Señores: Fundación Universitaria del Área Andina

Dirección: Cl. 69 #15-40, Bogotá, Colombia

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	Luis Felipe Duran Cardozo
Documento de Identidad	1010208376
Título otorgado	Enfermero
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	28-04-2023 ACTA DE GRADO NUMERO 982
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,



**PROFESIONAL ESPECIALIZADO III
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 :

Luis Felipe Duran Cardozo

CEDULA : 1010208376 de Bogotá



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**
SALUD

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

Bogotá D.C.,

Calle 9#39-46

Código postal 110851

Tel.: 7560505

www.subredsuroccidente.gov.co

Info: 195



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