Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**SOLICITUD INFORMACION - VERIFICACIÓN DE TITULO A INSTITUCIÓN ACADÉMICA**	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Bogotá D.C.,

Señores
CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACION SUPERIOR (CUN)
Dirección: Cl 18 N 10-33 tel 3813222
Ciudad: Bogota

Asunto: Verificación de título técnico en Administracion en Servicios de Salud

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.:

Nombre del especialista, profesional, técnico o auxiliar	Doris Lily Casallas Castiblanco
Documento de Identidad especialista, profesional, técnico o auxiliar	39.766.240
Título otorgado	Tecnico Profesional en Administracion en Servicios de Salud
Fecha del diploma (o del acta de grado o ambos)	23 de Febrero del 2013
Ciudad de expedición	Bogota

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO
Dirección:
Correo Electrónico:

Atentamente,

Referente o Líder
UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO