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. SECRETARÍA DE SALUD

Bogotá D.C., (fecha)

Señores
(INSTITUCION ACADÉMICA) Instito Gonzalo Jimenez de Quesada
Dirección Kra 56 #5 - 27
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.:

Nombre del especialista, profesional, técnico o auxiliar	Auxiliar en sistemas
Documento de Identidad especialista, profesional, técnico o auxiliar	C.C 79749 021
Título otorgado	Auxiliar en sistemas
Fecha del diploma (o del acta de grado o ambos)	05 / 12 / 1998
Ciudad de expedición	Bogotá

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