

Bogotá D.C.,

Señores:

Universidad De la Salle

Dirección:

Cra. 2 # 10-70

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                                  | Claudia Yileny Grimaldo Duque |
| Documento de Identidad                   | 52 418 584                    |
| Título otorgado                          | Arquitecta                    |
| Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta | 13 de Octubre de 2000         |
| 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@subredsuroccidente.gov.co](mailto: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

Claudia Y. Grimaldo Duque

NOMBRE DEL COLABORADOR

CEDULA

Calle 9 # 39-46

Código postal 110851

Tel.: 7560505

[www.subredsuroccidente.gov.co](http://www.subredsuroccidente.gov.co)

Info: 195