Bogotá D.C., 18/10/2024

Señores: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL CASANARE
Dirección: KR19#36-68 Ciudad:

YOPAL CASANARE

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.:

Nombres	LEIDYLIZETHCHASOYJACANAMIJOY
DocumentodeIdentidad	1118546579
Titulootorgado	TECNOLOGOSALUDOCUPACIONAL
Fechadeldiplomay/oActa-No.deActa	14-05-2015/021
Ciudaddeexpedicióndeltitulo	YOPAL-CASANARE

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

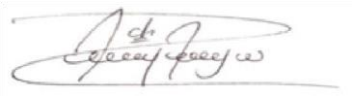
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

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 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 : LEIDY LIZETH CHASOY JACANAMIJOY
CEDULA : 1118546579