Bogotá D.C

Señores:

___FUNDACION ESCUELA DE CAPACITACION COLOMBIA FUNCA

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, _LILIANA MARIA CASTRO RAMOS en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma ___LILIANA MARIA CASTRO_____

No. de documento:____65765828_____

Tarjeta profesional No:__65765828_____

Dirección de contacto:___CARRERA 79 B SUR # 51-16 _____