PBogotá D.C.,

Señores: Universidad Metropolitana
Dirección: Calle 76 No 42-78
Ciudad: Barranquilla

Asunto: Verificación de título especialista, profesional,técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamnentarias 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	Luis Carlos Alvarez Suárez
Documento de Identidad	1143137720
Título otorgado	MEDICO
Fecha del diploma y/o Acta-No.de Acta	19/ABRIL/2018.M-87-14-8399-18
Ciudad de expedición del titulo	Barranquilla/Atlantico

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
Atentamente,

_____
PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4dando 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



NOMBRE DEL COLABORADOR: Luis Carlos Alvarez Suarez
CEDULA: 1.143.137.720

Scanned with CamScanner