ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C.,

Señores:
INSTITUTO TÉCNICO SABERNET S.A.S.
Dirección: Calle 3 # 3 - 75
Ciudad: Santa Cruz Lorica - Córdoba

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	**LILIANA DEL PILAR RODRÍGUEZ LADINO**
Documento de Identidad	**39.687.964**
Título otorgado	**TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN ASISTENTE ADMINISTRATIVO**
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	**24 de julio de 2023 / ACTA No. 011**
Ciudad de expedición del titulo	**SANTA CRUZ DE LORICA - CÓRDOBA**

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

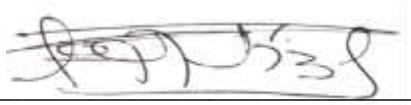
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

_____
PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con NIT N° 900.959.048-4 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: LILIANA DEL PILAR RODRÍGUEZ LADINO
CEDULA: 39.687.964 de Bogotá, D.C.