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

Bogotá D.C.,

Señores: Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales. Universidad del Cauca.
Dirección: Calle 5 No. 4 – 70, Claustro de Santo Domingo | derecho@unicauca.edu.co

Ciudad: Popayán, Cauca.

Asunto: Verificación de título de profesional,

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	Luis Guillermo Bastidas Goyes
Documento de Identidad	10308175
Título otorgado	Abogado
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19 de junio de 2009 / Acta N° 18
Ciudad de expedición del titulo	Popayán, Cauca

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 Luis Guillermo Bastidas

NOMBRE DEL COLABORADOR: Luis Guillermo Bastidas Goyes
CEDULA: 10308175