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. Universidad Externado de Colombia.
**Dirección:** Calle 12 No. 1-17 Este | sad@uexternado.edu.co | posfader@uexternado.edu.co

**Ciudad:** Bogotá D.C.

**Asunto:** Verificación de título de especialista,

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** | Especialista en Derecho Médico |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 28 de enero de 2011 / Acta No. 10205 |
| **Ciudad de expedición del titulo** | Bogotá D.C. |

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