

Bogotá D.C.,

Señores:

NUCLEO ESCOLAR RURAL SAN JOSE

Dirección:

VEREDA SAN JOSE

Ciudad:

DOLORES TOLIMA

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 título 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	DIANA MARÍA LOZANO RODRÍGUEZ
Documento de Identidad	52.853.078
Título otorgado	BACHILLER TECNICO ESPECIALIZADO PROMOCION SOCIAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	28/11/1997 ACT NO. 03
Ciudad de expedición del título	DOLORES TOLIMA

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

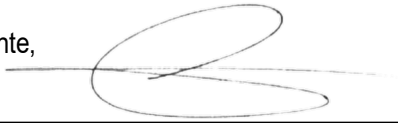
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Dirección: calle 19ª # 34-94

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuoccidente.gov.co

Atentamente,



Director

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



DIANA MARÍA LOZANO RODRÍGUEZ

CC: 52.853.078