

Bogotá D.C.,

Señores: Subred Sur Occidente

Dirección:

Ciudad: Bogota

Asunto: Verificación de título especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Rosario

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	OMAR LEONARDO GOMEZ POLANIA
Documento de Identidad	80 240 715
Título otorgado	Especialista en Ginecología y Obstetricia
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	18/02/2009 – Libro de actas
Ciudad de expedición del título	Bogota

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,

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



NOMBRE DEL COLABORADOR : OMAR LEONARDO GOMEZ POLANIA

CEDULA : 80.240.715