

Bogotá D.C.

Señores: UNIVERSIDAD EL BOSQUE

0

Dirección: Ak 9 #131a-2

Ciudad: BOGOTÁ

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	ANIBAL CORTES BRAVO
Documento de Identidad	1105683452
Título otorgado	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	5/03/2021 – ACTA N° 1209
Ciudad de expedición del título	BOGOTÁ

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 III
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: ANIBAL CORTES BRAVO
CEDULA: 1105683452

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuroccidente.gov.co
Info: 195



**ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.**

SALUD

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

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuroccidente.gov.co
Info: 195