

Bogotá D.C.,
Señores: Universidad del Rosario
Dirección: Cra. 24 #63C-69
Ciudad: Bogotá D.C

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	Jorge Josepf Valencia Amaya
Documento de Identidad	1020800054
Título otorgado	Médico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	12 de Diciembre del 2019 – No. 20156-62974
Ciudad de expedición del título	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@subredsuoccidente.gov.co

Atentamente,

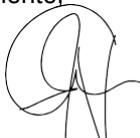


**PROFESIONAL ESPECIALIZADO III
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO**

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



**Jorge Josepf Valencia Amaya
CC. 1020800054**

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