



Bogotá D.C.

Señores: SUBRED SUROCCIDENTE

Dirección AV. 1ro Mayo #40B-54

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                                  | DOUMER ADRIAN MUNOZ CHILITO |
| Documento de Identidad                   | 80076139                    |
| Título otorgado                          | MEDICO PSIQUIATRA           |
| Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta | ACTA No: 21029-A - 29327-A. |
| Ciudad de expedición del título          | BOGOTÁ                      |

Por favor, sírvase darme 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 requiendo para la verificación del mismo

Atentamente,

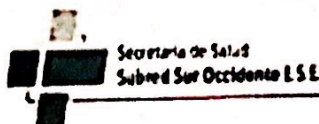
FIRMA

*Doomer Adrian Munoz Chilito*

NOMBRE DEL COLABORADOR

CEDULA 80076139

Calle 9#39-46  
Código postal 110851  
Tel.: 7560505  
[www.subredsuoccidente.gov.co](http://www.subredsuoccidente.gov.co)  
Info: 195



**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner