ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C.,

SEÑORES: FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

DIRECCIÓN: CARRERA 111 NO.159

CIUDAD BOGOTA

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 titulo 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	**FREDY HERNANDEZ ARENAS**
Documento de Identidad	**19456503**
Título otorgado	**MEDICO Y CIRUJANO GENERAL**
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	**27DE JUNIO DE 1987 / ACTA DE GRADO N° 102**
Ciudad de expedición del titulo	**Bogotá. D.E.**

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:
N**OMBRE DEL COLABORADOR: FREDY HERNANDEZ ARENAS**
CEDULA: 19456503