

Bogotá D.C., 21/08/2024

Señores: UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
Dirección: Carrera 3 Este # 47 A - 15

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título profesional.
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 ORLANDO FIGUEROA TRUJILLO
Documento de Identidad	1018466069
Título otorgado	MÉDICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19 JULIO 2018
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@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 4° 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



CC 1018466069

NOMBRE DEL COLABORADOR : ANDRES ORLANDO FIGUEROA TRUJILLO
CEDULA : 1018466069

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuoccidente.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