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

Bogotá D.C., 20 de octubre de 2024

Señores:
Universidad El Bosque
Dirección: Ak. 9 #131ª - 20
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 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	JOHANNA PAOLA ROJAS SIERRA
Documento de Identidad	1.032.375.158
Título otorgado	ODONTOLOGO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	FEHCA 10/12/2008 ACTA NUMERO 905
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

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 

JOHANNA PAOLA ROJAS SIERRA
CEDULA 1.032.375.158
Bogotá D.C., 20 de octubre de 2024

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

Señores:
Pontificia Universidad Javeriana
Dirección: Carrera 7 N° 40-62
Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título especialización

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	JOHANNA PAOLA ROJAS SIERRA
Documento de Identidad	1.032.375.158
Título otorgado	ESPECIALISTA EN ASMINISTRACION EN SALUD CON ENFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	FEHCA 26/11/2011 ACTA NUMERO SG-5401
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

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

JOHANNA PAOLA ROJAS SIERRA
CEDULA 1.032.375.158