Bogotá, D.C. 08 noviembre de 2022

Señores

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
mediosdigitales@unal.edu.co

Ref.: Verificación de títulos

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo y deseo de bienestar. Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del títulos, según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico Nº 1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos), para efectos de vinculación y/o contratación, atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmar SI MEDICO CIRUJANO, fue obtenido en su entidad, por las siguiente persona:

NOMBRE	**CEDULA**	**TITULO OBTENIDO**	**FECHA - FOLIO – REGISTRO**
GUILLERMO AMADOR BAYONA	79321198	MEDICO CIRUJANO	16 NOVIEMBRE 1993

Por favor, dirigir su respuesta la sede administrativa – Dirección de Contratación OPS, ubicado en la Cra. 24C # 54-47 Sur, o al correo electrónico proceso.seleccion.ops@subredsur.gov.co

Agradezco su amable atención y pronta respuesta.

Cordialmente,

HAYDEE RINCON RAMON
Apoyo Administrativo
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.