Bogotá, D.C. 24 de septiembre de 2024

Señores
MINISTERIO DE EDUCACIÓN
Bogotá

atencionalciudadano@mineducacion.gov.co

Ref. Verificación de título MÉDICO CIRUJANO

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo y deseo de bienestar. Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título, 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 la validación de título.

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CEDULA	TITULO OBTENIDO	FECHA - FOLIO - REGISTRO
GUSTAVO ADOLFO BRUZUAL LEAL	1034317228	MÉDICO CIRUJANO	15 DE DICIEMBRE DE 1988

Por favor, dirigir su respuesta a la Sede Administrativa SUBRED SUR Bogotá – Dirección de Contratación OPS, ubicado en la Cra. 24C # 54 – 47 Sur, o al correo electrónico validaciondetitulos@subredsur.gov.co Agradezco su amable atención y pronta respuesta.

Cordialmente,

DILSA E. JIMENEZ PUENTES
Técnico Administrativo II
Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.