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

Bogotá D.C.,

Señores: FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS

Dirección: CARRERA 111 # 159A - 61

Ciudad: Bogotá D.C.

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	MIREILLE MADELEINE PANTOJA HERRERA
Documento de Identidad	38644090
Título otorgado	MEDICO Y CIRUJANO GENERAL
Fecha del diploma lo Acta - No. de Acta	27/06/2019 - N O 597
Ciudad de ex edición del titulo	BOGOTA D.C.

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

Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N O 900.959.0484 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 de este.

Atentamente,

FIRMA

NOMBRE DEL LABORADOR: MIREILLE MADELEINE PANTOJA HERRERA

CEDULA: 38644090