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

Señores: la Universidad Nacional Experimental de los Llanos

Dirección: Punto Fresco, Av. 23 de Enero, Barinas 5201, Barinas,

Ciudad: Venezuela

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	YENIFER YEROBYZ GOMEZ PORRAS
Documento de Identidad	PPT 11178605
Título otorgado	MEDICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21/11/2022 – Resolución N° 022286
Ciudad de expedición del titulo	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@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV
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 par a adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA

N**OMBRE DEL COLABORADOR:** YENIFER YEROBYZ GOMEZ PORRAS
PPT: 11178605