

Bogotá D.C. 15.Octubre.2025

Señores: UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Dirección: AVENIDA CARRERA 9 # 131ª - 2

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 título 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

	OSCAR FERNANDO VALENCIA HERNANDEZ
Documento de Identidad	79.645.414
Título otorgado	MEDICO GENERAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	20.JUNIO.2012 / Nro. acta: 990
Ciudad de expedición del título	Bogotá 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

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

NOMBRE DEL COLABORADOR: OSCAR FERNANDO VALENCIA HERNANDEZ
CEDULA: 79.645.414

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuroccidente.gov.co
Info: 195