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

2025 Bogotá D.C.,

Señores: FUNDACION UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS – FACULTAD DE MEDICINA

Dirección: CARRERA 111 N. 159ª-61

Ciudad: BOGOTA

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** | BELTRAN MANUEL DANGOND HINOJOZA |
| **Documento de Identidad** | 17.975.458 |
| **Título otorgado** | MEDICO Y CIRUJANO GENERAL |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 12 DICIEMBRE 1998 – ACTA N. 244 |
| **Ciudad de expedición del titulo** | BOGOTA |

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 para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

**FIRMA**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** BELTRAN MANUEL DANGOND HINOJOZA
**CEDULA: 17975458**