



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

Bogotá D.C.,

Señores:

Universidad Antonio Nariño

Dirección:

Calle 58 a Bis # 3794

Ciudad:

Bogotá

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	Rogers Camilo Silveira Rueda
Documento de Identidad	79956877
Título otorgado	Medico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	17/Enero/2011 Acta # 36175
Ciudad de expedición del título	Bogotá

Por favor, sirvase 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@subredsuoccidente.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, requiero verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.

Atentamente,

FIRMA

Rogers Camilo Silveira Rueda

NOMBRE DEL COLABORADOR

CEDULA 79956877

Calle 9#39-46

Código postal 110851

Tel.: 7560505

www.subredsuoccidente.gov.co

Info: 195



Secretaría de Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS