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

Bogotá D.C., 18/10/2024

Señores: Universidad Autónoma de Bucaramanga

Dirección: Avenida 42 No. 48-11
Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título especialización

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	JENNIFER PAOLA ENCISO RODRIGUEZ
Documento de Identidad	1023944972
Título otorgado	ENFERMERA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	24/02/2023 ACTA No 1257
Ciudad de expedición del titulo	Bucaramanga

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: JENNIFER PAOLA ENCISO RODRIGUEZ
CEDULA: 1023944972 DE BOGOTA