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

Bogotá D.C.

Señores. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Dirección Ak 7 #40 - 62, Bogotá, 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 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	Angie Carolina Ascencio Solaque
Documento de Identidad	1001171792
Título otorgado	Enfermera
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	28/01/2025 – Acta de Grado N° 202501280101
Ciudad de expedición del titulo Bogotá	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,

PROFESIONAL ESPECIALIZADO III
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,

Angie Ascencio

FIRMA
NOMBRE DEL COLABORADOR: Angie Carolina Ascencio Solaque
CEDULA: 1001171792