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

Bogotá D.C., 1 de septiembre 2025

Señores: CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Dirección: CALLE 9 N 24-84

Ciudad: BOGOTA D.C

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar
AUXILIAR DE ENFERMERIA
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	JENNY CATERINE TABORDA ALVARADO
Documento de Identidad	1013655100
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	08-07-2017 N 861
Ciudad de expedición del titulo	LA MESA CUNDINAMARCA

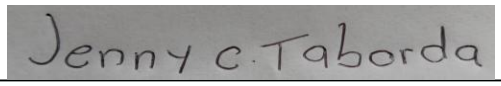
Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

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,

FIRMA



NOMBRE DEL COLABORADOR:
CEDULA: 1013655100

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

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