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

01de septiembre de 2025 Bogotá D.C.,

Señores: INSTITUCION EDUCATIVA CIUDAD LATINA

Dirección: Cra. 27 2c 34

Ciudad: Soacha, cundinamarca
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	Zoila Mercedes cupitra Quezada
Documento de Identidad	1007789969
Título otorgado	Bachiller académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	04 de diciembre de 2020
Ciudad de expedición del titulo	Soacha 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,

_____
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: Zoila Mercedes cupitra Quezada
CEDULA: 1007789969