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

Bogotá D.C., 01/09/2025

Señores: INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA EVALUACION DE LA EDUCACION SUPERIOR (ICFES)

Dirección: Edificio Elemento, Ac. 26 #69-76, Bogotá

Ciudad: BOGOTA.D.C

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	YURI ANDREA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
Documento de Identidad	1.012.340.687
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	10/03/2019 – ACTA 327
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

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

ANDREA RODRIGUEZ

NOMBRE DEL COLABORADOR: YURI ANDREA RODRIGUEZ RODRIGUEZ CEDULA: 1012340687

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

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