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

Bogotá D.C., 30-10-2025

Señores: LICEO SAN PABLO

Dirección: Cl 65Jsur 78J-75

Ciudad: Bogota

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

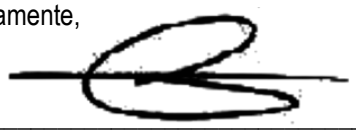
En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	Rosa milena López Giraldo
Documento de Identidad	52305946
Título otorgado	Bachiller Academico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19/diciembre 1998 - ACTA 03
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,



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

Rosa Milena Lopez Giraldo

NOMBRE DEL COLABORADOR: Rosa milena López giraldo
CEDULA: 52305946