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

Bogotá 20 Noviembre 2025 D.C.,
Señores: San francisco de Asis
Dirección:Calle 1C bis # 19-79

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	Nicole stephany Muñoz Duque
Documento de Identidad	1193526867
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	11 DICIEMBRE 2017 . # 100
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:

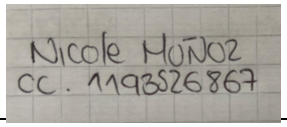
verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

PROFESIONAL
ESPECIALIZADO IV 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 : Nicole Stephany Muñoz Duque
CEDULA : 1193526867