

Bogotá 20 Noviembre 2025 D.C.,
Señores: Corporación Universitaria de Investigación y Tecnología
Dirección: Cl 34 # 15-36

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 título 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	Tecnologo en Gestion Empresarial
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	31 ENERO 2020 . # 086
Ciudad de expedición del título	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:

verificandetitulos@subredsuoccidente.gov.co

Atentamente,

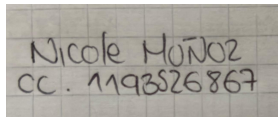


**PROFESIONAL
ESPECIALIZADO IV DIRECCIÓN
DE TALENTO HUMANO**

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4° 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

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