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

Bogotá D.C. Noviembre de 2025

Señores:
CENTRO EDUCATIVO BOLIVARIANO
Dirección:
Transv 92 bis No 129c – 55
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	ANDREA YURLEY MONTAÑEZ ALDANA
Documento de Identidad	C.C. 1.048.848.533 DE GARAGOA (BOYACA)
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	FOLIO 136 – 12 DE DICIEMBRE DE 2008
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA D.C.

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

ANDREA YURLEY MONTAÑEZ ALDANA

NOMBRE DEL COLABORADOR: ANDREA YURLEY MONTAÑEZ ALDANA
CEDULA: No 1.048.848.533 DE GARAGOA (BOYACA)