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:
CAMPO ALTO
Dirección:
Av Caracas No 33 - 22
Ciudad:
BOGOTÁ D.C. (CUNDINAMARCA)

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	JESSICA VANESSA RODRIGUEZ BASTIDAS
Documento de Identidad	C.C. No 1.010.215.284
Título otorgado	TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26/10/2012 – No de Acta 405
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 Jessica Vanessa Rodriguez B.

NOMBRE DEL COLABORADOR: JESSICA VANESSA RODRIGUEZ BASTIDAS
CEDULA: No 1.010.215.284 DE BOGOTA D.C.

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:
COLEGIO DEL SANTISIMO ROSARIO
Dirección:
Carrera 4 No 9 – 37
Ciudad:
BOGOTÁ D.C. (CUNDINAMARCA)

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	JESSICA VANESSA RODRIGUEZ BASTIDAS
Documento de Identidad	C.C. No 1.010.215.284
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	4/12/2010 – No de Acta 21
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA D.C.

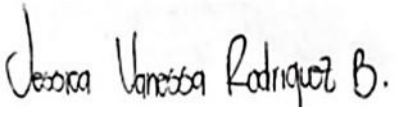
Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

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 

NOMBRE DEL COLABORADOR: JESSICA VANESSA RODRIGUEZ BASTIDAS
CEDULA: No 1.010.215.284 DE BOGOTA D.C.