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

Bogotá D.C., NOVIEMBRE 2025

Señores: I.E.D MISAEL PASTRANA BORRERO

Dirección: TRANSVERSAL 11ª # 38G – 16 SUR

Ciudad: BOGOTA D.C

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

Respetuoso saludo.

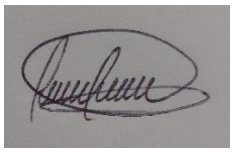
En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la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

| | |
|---|---|
| **Nombres** | LEYDI PAOLA CALDERON RIVERA |
| **Documento de Identidad** | 1022405175 |
| **Título otorgado** | BACHILLER ACADEMICO |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 30/11/2011 - 010 |
| **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: LEYDI PAOLA CALDERON RIVERA**
**CEDULA: 1022405175**