Bogotá D.C., 07 noviembre 2025

Señores: UNIVERSIDAD JAVERIANA

Dirección: CRA 7 # 40-62

Ciudad: BOGOTÁ

Asunto: Verificación de título especialista, profesional

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	RAFAEL ANTONIO ZAMBRANO JIMENEZ
Documento de Identidad	7600572
Título otorgado	ESPECIALISTA MEDICINA URGENCIAS
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	24/05/2024 – N° 202405240309
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

Rafael Zambrano J.

NOMBRE DEL COLABORADOR: RAFAEL ANTONIO ZAMBRANO JIMENEZ
CEDULA: 7600572

Secretaría de Salud
Subred **Sur Occidente** E.S.E.