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

Bogotá D.C., noviembre 2025

Señores:

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Dirección:

CARRERA 14A #70A-34

Ciudad:

Bogotá 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	Jasbleidy Maritza Paredes Fernández
Documento de Identidad	52958190
Título otorgado	Administrador de Empresas
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14/04/2025 Acta de grado No. 1022
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá 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

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

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

Jasbleidy Paredes F

NOMBRE DEL COLABORADOR: JASBLEIDY MARITZA PAREDES FERNANDEZ
CEDULA: 52958190

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