Bogotá D.C. 12 NOVIEMBRE 2025

Señores: FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

Dirección: calle 15 sur #16 – 83

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	Nelcy Mancera Valencia
Documento de Identidad	52367739
Título otorgado	Auxiliar de enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21/12/2006 Acta #016
Ciudad de expedición del titulo	

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: Nelcy Mancera Valencia
CEDULA: 52367739

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

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

Bogotá D.C. 12 NOVIEMBRE 2025

Señores: INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCAION SUPERIOR ICFES

Dirección: Calle 26 No. 69-76, Torre 2, Piso 16, Edificio Elemento

Ciudad: bogota D.C
Asunto: Verificación de título Bachiller Académico

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	Nelcy Mancera Valencia
Documento de Identidad	52367739
Título otorgado	Bachieller Academico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	29 / 03/ 1996
Ciudad de expedición del titulo	

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: Nelcy Mancera Valencia
CEDULA: 52367739