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

Bogotá D.C., NOVIEMBRE 2025

Señores: CENTRO PANAMERICANO DE CAPACITACION SEDE CHAPINERO

Dirección: BOGOTA

Ciudad: BOGOTA

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	LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ
Documento de Identidad	1.015.392.707
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	8 DE DICIEMBRE 2002 ACTA Nº 3
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 III 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: LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ
CEDULA: 1.015.392.707

Calle 9#39-46
Código postal 110851 Tel.: 7560505

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

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

www.subredsuroccidente.gov.co
Info: 195

Bogotá D.C., NOVIEMBRE 2025

Señores: FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN FACULTAD DE MEDICINA

Dirección: CALLE 61 A # 14 28

Ciudad: BOGOTA

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	LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ
Documento de Identidad	1.015.392.707
Título otorgado	MEDICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	11 DE DICIEMBRE 2012 ACTA Nº 1717
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 III 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: LIGIA ISABEL RONCANCIO RUIZ
CEDULA: 1.015.392.707

Calle 9#39-46
Código postal 110851 Tel.:
7560505
www.subredsuroccidente.gov.co
Info: 195

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