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

Bogotá D.C., noviembre 2025

Señores: Universidad de Cartagena

Dirección: Cra 50 # 24 – 120, Zaragocilla, Cartagena de Indias

Ciudad: Cartagena de Indias

Asunto: Verificación de título especialista profesional: Médico

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	Rodolfo Cárdenas Viola
Documento de Identidad	9.294.894
Título otorgado	Médico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14 de julio 2006 – Acta de grado No. 009 - 2006
Ciudad de expedición del titulo	Cartagena de Indias – Bolívar.

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: Rodolfo Cárdenas Viola
CEDULA: 9.294.894

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

Bogotá D.C., noviembre 2025

Señores: Universidad Nacional de Colombia

Dirección: Av cra 30 # 45 – 3 Bogotá

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título especialista profesional: Especialista en Radiología e Imágenes diagnosticas.

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	Rodolfo Cárdenas Viola
Documento de Identidad	9.294.894
Título otorgado	Especialista en Radiología e Imágenes diagnosticas
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	01 de abril 2016 – Acta de grado No. 2083
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá - Cundinamarca.

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: Rodolfo Cárdenas Viola
CEDULA: 9.294.894