

Bogotá D.C., 20-05- 2026

Señores: ICFES

Dirección: Calle 26 No. 69-76

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 título 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.:

<b>Nombres</b>	Aisamalia Basto Ruiz
<b>Documento de Identidad</b>	28797438
<b>Título otorgado</b>	Bachiller Academico
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	29/08/1994- Acta 2077
<b>Ciudad de expedición del título</b>	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@subredsuoccidente.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subredsuoccidente.gov.co)

Atentamente,

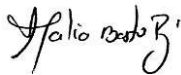


**PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV  
DIRECCIÓN DEL TALENTO HUMANO**

**Autorización:** Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4° 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**



Aisamalia Basto Ruiz

**NOMBRE DEL COLABORADOR:  
CEDULA: 28797438**