

Bogotá D.C., 20-05- 2026

Señores: ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD

Dirección: Cl. 73 # 20a - 52

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.:

Nombres	Aisamalia Basto Ruiz
Documento de Identidad	28797438
Título otorgado	Técnico Auxiliar de enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	9/02/2008- Acta 461-2008
Ciudad de expedición del título	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

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**

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