



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR E.S.E

Bogotá, D.C. 04 de mayo de 2026

Sres.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

secre_febog@unal.edu.co

Ref.: Verificación
de título

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo y deseo de bienestar. Con el fin de realizar el procedimiento de verificación de título, según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico N° 1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos), para efectos de vinculación y/o contratación, atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmar si el programa de ENFERMERO fue obtenido en su entidad, por la siguiente persona:

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CEDULA	TITULO OBTENIDO	FECHA - FOLIO – REGISTRO
CESAR DANILO GIRALDO RAMIREZ	1004682545	ENFERMERO	20 DE OCTUBRE DEL 2025

Por favor, dirigir su respuesta a la Sede Administrativa SUBRED SUR Bogotá – Dirección de Contratación OPS, ubicado en la Cra. 24C # 54 – 47 Sur, o al correo electrónico validaciondetitulos@subredsur.gov.co

Agradezco su amable atención y pronta respuesta.

Cordialmente,

AGUDELO VALBUENA YEIMY ALEJANDRA

YEIMY ALEJANDRA AGUDELO VALBUENA

Técnico Administrativo II

Contratación

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

