

Bogotá D.C., 06-07-2026

Señores: Corporación Tecnológica Empresarial

Dirección: Av Calle 72 77 A - 30

Ciudad: Bogotá. DC

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	Angie Giselle Aponte Peralta
Documento de Identidad	1.030.577.786
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	30/11/2008 – Acta No. 001
Ciudad de expedición del título	Bogotá. DC

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

Giselle Aponte.

**NOMBRE DEL COLABORADOR: Angie Giselle Aponte Peralta
CEDULA: 1.030.577.786**

Calle 9#39-46

Código postal 110851

Tel.: 7560505

www.subredsuroccidente.gov.co Info:
195