



Bogotá D.C., Noviembre de 2025

Señores: UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

Dirección: Cra, 18 No. 9- 27

Ciudad: Bucaramanga

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	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
Documento de Identidad	52425714
Título otorgado	ODONTOLOGA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	3624
Ciudad de expedición del título	26/01/2001
Título otorgado	ESPECIALISTA EN ENDODONCIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	344.8.2007
Ciudad de expedición del título	Bogotá, 6 DE SEPTIEMBRE 2007

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

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



DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

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

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,



SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
CEDULA: 52425714

