ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E

Noviembre 26 del 2025, Bogotá D.C.,

Señores: Universidad de los Andes
Dirección: Calle 18A # 1-10.
Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título profesional.

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo 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	Natalia Valencia Enciso
Documento de Identidad	1.136.886.955
Título otorgado	Médica
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Acta de Grado No. 178 Libro 17 -Folio 43 del 23 de enero de 2020
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá

Commented [C1]: Coloque la información como aparece en su diploma

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

Natalia Valencia Enciso.
NOMBRE DEL COLABORADOR: Natalia Valencia Enciso
CEDULA: 1136886955

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E

Noviembre 26 del 2025, Bogotá D.C.,

Señores: Universidad de La Sabana
Dirección: Campus del puente del común, Km. 7 Autopista Norte de Bogotá.
Ciudad: Chía, Cundinamarca.

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 titulo 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	Natalia Valencia Enciso
Documento de Identidad	1.136.886.955
Título otorgado	Especialista en Neurología
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Acta de grado No. **No. 2607 del 28 de Marzo del 2025.**
Ciudad de expedición del titulo	Chía, Cundinamarca.

Commented [C2]: Coloque la información como aparece en su diploma

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

Natalia Valencia Enciso.

NOMBRE DEL COLABORADOR: Natalia Valencia Enciso
CEDULA: 1.136.886.955
Bogotá D.C.