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

Bogotá D.C., **NOVIEMBRE 2025**

Señores: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Dirección: Carrera norte 54 No. 67A - 80

Ciudad: Bogotá

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	Jeimy Carolina Parra Rodríguez
Documento de Identidad	1.012.382.082
Título otorgado	Enfermera
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	17 DIC 2020 – Acta 202
Ciudad de expedición del titulo	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@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

_____
NOMBRE DEL COLABORADOR: Jeimy Carolina Parra Rodríguez
CEDULA: 1.012.382.082 BTÁ