

Bogotá D.C., 18 de Octubre 2024

Señores: MEDISED

Dirección: KR 99 18 40

Ciudad: BOGOTÁ

Asunto: Verificación de título Técnico Auxiliar De Enfermería

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	DIANA ANGELICA MURCIA CARDENAS
Documento de Identidad	1015999750
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	ACTA #413 DEL 19/02/2005
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

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,

Director

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

Diana Murcia Cardenas

NOMBRE DEL COLABORADOR : Diana Angelica Murcia Cardenas

CEDULA : 1015999750

Calle 9#39-46

Código postal 110851

Tel.: 7560505

www.subredsuroccidente.gov.co

Info: 195

