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

Bogota D,C
Señores: UNIVERSIDAD DEL BOSQUE
Dirección: Ak 7 #132 - 11
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	María Alejandra Diaz Cabezas
Documento de Identidad	1.032.494.854 de Bogotá
Título otorgado	Médico cirujano
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21 de Diciembre 2022 Acta No. 1256
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá

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

María Alejandra Diaz Cabezas
Cedula : 1.032.494.854 de Bogotá

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

Secretaría de Salud
Subred Sur Occidente E.S.E.