

Bogotá D.C.,

Señores:  
Subred Integrada de servicios de  
salud Dirección: Calle 19A 34-94  
Ciudad:  
Bogota

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.:

|                                                 |                                |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Nombres</b>                                  | Diana Marcela Bernal Hernandez |
| <b>Documento de Identidad</b>                   | 52280483                       |
| <b>Título otorgado</b>                          | Bachiller Academico            |
| <b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b> | 05-12-1998                     |
| <b>Ciudad de expedición del título</b>          | Bogota                         |

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

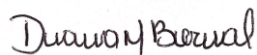
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.  
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO  
Dirección: calle 19ª # 34-94  
Correo Electrónico: [verificaciondetitulos@subredsuoccidente.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subredsuoccidente.gov.co)

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 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,



**FIRMA DIANA MARCELA BERNAL  
HERNANDEZ CEDULA 52280583**