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

Bogotá D.C.,18 de octubre del 2024.

señores:

MEDISED
Dirección:
CL 34 14 00
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 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	MÓNICA ALEJANDRA GRAJALES TREJOS
Documento de Identidad	1088024004
Título otorgado	ENFERMERA PROFESIONAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	27/07/2018
Ciudad de expedición del titulo	PEREIRA

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° 900.959.048-4dando 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 Monica Grajales T.
NOMBRE DEL COLABORADOR MÓNICA ALEJANDRA GRAJALES TREJOS
CEDULA 1088024004 de Dosquebradas