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

18/10/2024 Bogotá D.C.,

Señores: UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A
Dirección: Calle 222 # 55-37
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	Lina Madeleyne Lozano Arango
Documento de Identidad	1.030.636.422
Título otorgado	Enfermera
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	16/03/2023 No. De Acta: 11432
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,

_____
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



NOMBRE DEL COLABORADOR: LINA MADELEYNE LOZANO ARANGO
CEDULA: 1.030.636.422