



Bogotá D.C. 18 de octubre de 2024.

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Dirección: Cra. 54 # 67ª - 80

Ciudad: BOGOTÀ

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.:

Nombres	MARIA TERESA ZAMORA VALDIVIESO
Documento de Identidad	52381902
Título otorgado	ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	20/06/2019 – ACTA No. 189
Ciudad de expedición del título	BOGOTÀ

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

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

Maria Zamora

NOMBRE DEL COLABORADOR:

MARIA TERESA ZAMORA VALDIVIESO

CEDULA: 52381902

Calle 9#39-46

Código postal 110851

Tel.: 7560505

www.subredsuoccidente.gov.co

Info: 195

