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

Bogotá, 04-08-2025

Señores: UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADAD
Dirección: Calle 94 A n.° 13 - 54

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	Maria Alejandra Gutierrez Ardila
Documento de Identidad	1019100774
Título otorgado	Especialista en Cirugía General
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14/02/2025 - 05618
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 III
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,



NOMBRE DEL COLABORADOR: Maria Alejandra Gutierrez Ardila
CEDULA : 1019100774

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

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