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

Bogotá D.C.,

Señores: FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD- FUCS
Dirección: Carrera 54 No. 67A - 80

Ciudad: Bogotá D.C

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	MARTHA ALEJANDRA SANCHEZ SANCHEZ
Documento de Identidad	1000728220
Título otorgado	ENFERMERA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	15/12/2022 ACTA DE GRADO NO. 218
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA D.C

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,

FIRMA



NOMBRE DEL COLABORADOR : MARTHA ALEJANDRA SANCHEZ SANCHEZ
CEDULA : 1000728220

Asunto: 14. FORMATO VERIFICACION DE TITULOS
Motivo: Contratacion
Fecha firma: 28/08/2025
Correo electrónico: marthaalejandrasanchezsanchez@gmail.com
Nombre de usuario: MARTHA ALEJANDRA SANCHEZ SANCHEZ
ID transacción: 0ef1dbad-5764-4fc8-87b4-b404cac9ba3c