

Bogotá D.C., 01 de septiembre de 2025

Señores: INGABO

Dirección: CL17SUR4516

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 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	Mary Luz Hernandez Torres
Documento de Identidad	1022341998
Título otorgado	Técnico Auxiliar de Enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	6/07/2013 - No. 53
Ciudad de expedición del título	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,

FIRMA

NOMBRE DEL COLABORADOR: Mary Luz Hernandez Torres CEDULA: 1022341998



Código postal 110851

Tel.: 7560505

www.subredsuroccidente.gov.co Calle 9#39-46

.gov.co Info: 195