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

Bogotá D.C., Septiembre 3 de 2025

SEÑORES: UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR

CUNDINAMARCA

Dirección: KR 5 28 85

Ciudad: BOGOTA

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** | MONICA YOLIMA ULLOA LOZANO |
| **Documento de Identidad** | 52.778.128 |
| **Título otorgado** | BACTERIOLOGO Y LABORATORISTA CLINICO |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 03/07/2004 - 172 |
| **Ciudad de expedición del titulo** | BOGOTA |

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**

**MONICA YOLIMA ULLOA LOZANO**
**CEDULA: 52.778.128**