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 DEL ROSARIO

Dirección: CL 12C 6 25

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	ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	28/08/2009 - 26769
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

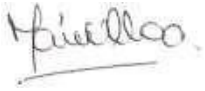
Atentamente,

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