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

Bogotá D.C.,

Señores: UNIVERSIDAD DE CIENCIAS

APLICADAS Y AMBIENTALES (UDCA)
Dirección: CALLE 222 # 57-37
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	SULMA LILIAN RIAÑO ALARCON
Documento de Identidad	1026585042
Título otorgado	MEDICA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	28 DE JUNIO DE 2019, # 12726
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTÁ 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,

_____

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

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



NOMBRE DEL COLABORADOR : SULMA LILIAN RIAÑO ALARCON CEDULA : 1026585042

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