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

Bogotá D.C., septiembre 2025

Señores: UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD

Dirección: Calle 14 Sur # 14-23

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título Profesional

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 con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	DIANA PAPTRICIA SANTAMARIA MORENO
Documento de Identidad	52 736 682
Título otorgado	PSICOLOGA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22 de junio de 2012 -Acta 1388
Ciudad de expedición del titulo	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: DIANA PATRICIA SANTAMARIA MORENO
CEDULA: 52 736 682