Bogotá D.C., 1 de septiembre de 2025

Señores: Universidad Central

Dirección: Cra. 5 # 21-38

Ciudad: Bogotá D.C

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 y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	Laura Valentina Tinjacá Suárez
Documento de Identidad	cc.1072673702
Título otorgado	Maestra en arte dramático
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	31/08/2023 - 37442023
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



_____

NOMBRE DEL COLABORADOR: Laura Valentina Tinjacá Suárez
CEDULA: 1072673702

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

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