Bogotá D.C., septiembre 2025

Señores:
_LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
Dirección CARRERA 14 A # 70 A 34
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	MARIA ALEJANDRA PEÑA MORALES
Documento de Identidad	1012401737
Título otorgado	ENFERMERA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	25/JULIO/2019 N 876
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA 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 Alejandra peña

_____
NOMBRE MARAIA ALEJANDRA PEÑA MORALES
CC **1**012401737