Bogotá D.C., 1 septiembre 2025

Señores: ESCUELA TERESA DE CALCUTA

Dirección: CLL 12 9-40

Ciudad: SOACHA

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	LUISA MARIA GUTIERREZ AVILA
Documento de Identidad	40329882
Título otorgado	TECNICO AUXILIOAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	ACTA GENERAL N CO36 ACTA INDIVIDUAL N C3357 1 JUNIO 2019 .
Ciudad de expedición del titulo	SOACHA CUNDINAMARCA

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:
CEDULA:

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