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

Bogotá D.C., 30/09/2025 de 2024

Señores:
FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"
Dirección:
Cl. 15 Sur # 16-83
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	**ANGI PAOLA CRUZ**
Documento de Identidad	**C.C. 1.033.715.115 DE BOGOTA D.C.**
Título otorgado	**TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	**24 DE JUNIO DE 2017**
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 4° 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: ANGY PAOLA CRUZ
CEDULA: 1.033.715.115 DE BOGOTA D.C.

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

Bogotá D.C., 30/09/2025

Señores:
CENTRO DE FORMACION SAN FRANCISCO DE ASIS CENFOR
Dirección:
TV 60 # 128 A – 51
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	**ANGI PAOLA CRUZ**
Documento de Identidad	**C.C. 1.033.715.115 DE BOGOTA D.C.**
Título otorgado	**BACHILLER ACADEMICO**
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	**26 DE SEPTIEMBRE DE 2014**
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 4° 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,

Angy Paola Cruz.

FIRMA
NOMBRE DEL COLABORADOR: ANGY PAOLA CRUZ
CEDULA: 1.033.715.115 DE BOGOTA D.C.