

Bogotá D.C., Octubre 01 de 2025

Señores:
FUDES
Dirección:
Calle 15 sur No 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 título 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	ELKIN DANILO UCHUVO GUZMAN
Documento de Identidad	C.C. 1.022.984.825 DE BOGOTÁ D.C.
Título otorgado	TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	10/06/2023 – Acta No 54
Ciudad de expedición del título	Bogotá D.C.

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

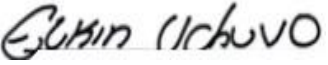
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuoccidente.gov.co

Atentamente,

**PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV
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 
ELKIN DANILO UCHUVO GUZMAN
C.C. 1.022.984.825 DE BOGOTÁ D.C.

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

Bogotá D.C., Octubre 01 de 2025

Señores:
COLEGIO SANTA MARTHA
Dirección:
Calle 69 sur No 1b – 37 este
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 título 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	ELKIN DANILO UCHUVO GUZMAN
Documento de Identidad	C.C. 1.022.984.825 DE BOGOTÁ D.C.
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	02/12/2011 – Acta No 08
Ciudad de expedición del título	Bogotá D.C.

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

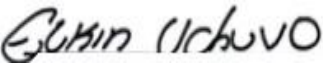
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuoccidente.gov.co

Atentamente,

**PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV
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 
ELKIN DANILO UCHUVO GUZMAN
C.C. 1.022.984.825 DE BOGOTÁ D.C.