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

Bogotá D.C., Noviembre 2025

Señores: Medised

Dirección: Crr 99 No 18-40

Ciudad: Bogotá

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	Tania Kateryn Arenas Navarrete
Documento de Identidad	1073170190
Título otorgado	Técnico laboral en Auxiliar en enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21/03/2015 LIBRO 1 REGISTRO 62 ACTA 2460
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá

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,

_____
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

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

Tania Arenas N

NOMBRE DEL COLABORADOR: Tania Kateryn Arenas Navarrete
CEDULA: 1073170190

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

Bogotá D.C., Noviembre 2025

Señores: : Institución Educativa Departamental Tecnológico de Madrid

Dirección: Carrera 22 No. 4-44 Sur

Ciudad: Madrid Cundinarmaca

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	Tania Kateryn Arenas Navarrete
Documento de Identidad	96011100233
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	30-11-2012 registro 02 FOLIO 76
Ciudad de expedición del titulo	Madrid Cundinarmaca

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,

_____
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

Tania Arenas N

NOMBRE DEL COLABORADOR: Tania Kateryn Arenas Navarrete
CEDULA: 1073170190

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