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

Bogotá D.C, 15/07/2026

Señores: Universidad del Magdalena
Dirección: carrera32 # 22-08,sector San Pedro Alejandrino ,
Ciudad: Santa Marta (Magdalena)

Asunto: Verificación de título profesional Enfermera 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	Lisbeth Alvarado Torres
Documento de Identidad	57296396
Título otorgado	Enfermera
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	0323- 27 de septiembre de 2013
Ciudad de expedición del titulo	Santa Marta (Magdalena)

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_____
NOMBRE DEL COLABORADOR : Lisbeth Alvarado Torres
CEDULA : 57296396