Bogotá D.C.01-09-2025

Señores:
CORPORACION EDUCATIVA PARA JOVENES Y ADULTOS GENERAL / STANDER
Dirección: KR 13 N14 33
Ciudad: SANGIL / SANTANDER

Asunto: Verificación de título bachiller académico.

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	VALENTINA CRUZ PARRADO
Documento de Identidad	1000076985
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	No. 07-092 del -03-28-2017
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,

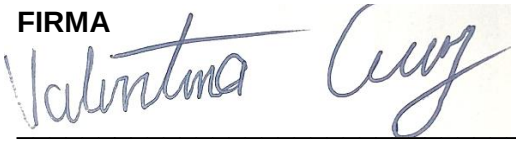
_____

PROFESIONAL ESPECIALIZADO III
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 de este.
Atentamente,

FIRMA



NOMBRE DEL COLABORADOR:

CEDULA:

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