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

Bogotá D.C.,01 de septiembre 2025

Señores: CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

Dirección: DG 81 F # 72 C 01 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	HECTOR ANTONIO MARENTES ACOSTA
Documento de Identidad	1136885449
Título otorgado	PSICOLOGO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	09/04/2016 No. Acta 010 folio 80 libro 006
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 del mismo.
Atentamente,

FIRMA



_____
NOMBRE DEL COLABORADOR: HECTOR ANTONIO MARENTES ACOSTA CEDULA: 1136885449

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