

Bogotá D.C., septiembre de 2025

Señores:
COLEGIO CREAR COOPERATIVO
Dirección: KR 65 # 27 A- 35 SUR
Ciudad: BOGOTA

Asunto: Verificación de título Bachiller

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	IVONN LORENA MARQUEZ AGUILAR
Documento de Identidad	53098567
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	07 DE DICIEMBRE DE 2001 ACTA N° 031
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

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 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



NOMBRE DEL COLABORADOR: IVONN LORENA MARQUEZ AGUILAR
CEDULA: 53098567

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