Bogotá D.C. 01 de septiembre 2025

Señores: COLEGIO NACIONAL NICOLAS ESGUERRA
Dirección: Calle 9c #68-52 Ciudad:
BOGOTA D.C.

Asunto: Verificación del título de 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	JORGE ARMANDO RAMOS DUARTE
Documento de Identidad	80932117
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	29/09/2002
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,

Director
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: Jorge Armando Ramos Duarte
CEDULA: 80932117