Bogotá D.C., 01 de septiembre de 2025

Señores: Institución educativa Liceo Mayor de Soacha
Dirección: Calle 38 N. 6ª 55 Este
Ciudad: SOACHA

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	LAURA VANESSA SARMIENTO ACOSTA
Documento de Identidad	1193533679
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	03
Ciudad de expedición del título	Soacha

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: Laura Vanessa Sarmiento Acosta
CEDULA: 1193533679