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

Bogotá D.C., Octubre de 2025

Señores:
INSTITUTO NOCTURNO DE ADULTOS SAN JOSE
Dirección:
Carrera 93ª No 49f – 30 sur
Ciudad:
BOGOTA D.C. – COLOMBIA

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	**MIGUEL ANTONIO AREVALO GONZALEZ**
Documento de Identidad	**C.C. No 79.633.882 DE BOGOTA D.C.**
Título otorgado	**BACHILLER ACADEMICO**
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	**30 / NOVIEMBRE / 1991**
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 IV
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: MIGUEL ANTONIO AREVALO GONZALEZ
CEDULA DE CIUDADANIA No C.C. No 79.633.882 DE BOGOTA D.C.