Bogotá D.C.Octubre de 2025,

Señores: ROBERT HOOKE

Asunto: Verificación de título bachiller academic

Respetuoso saludo,

En atención al artículo 25 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos cordialmente verificar y confirmar el título expedido por parte de su institución, presentado por la (el) 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	Edgar Hernan Ibáñez Guerra
Documento de Identidad	79539717
Título otorgado	Bachiller academico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21/07/2012
Ciudad de expedición del título	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 Nº 900.959.043-4 dando cumplimiento al Artículo 6º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, me informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA

NOMBRE DEL COLABORADOR: _____
CÉDULA: _____

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

Bogotá D.C.Octubre de 2025,

Señores: CENTRO VOCACIONAL DE SALUD

Asunto: Verificación de título Tecnico auxiliar de enfermeria

Respetuoso saludo,

En atención al artículo 25 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos cordialmente verificar y confirmar el título expedido por parte de su institución, presentado por la (el) 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	Edgar Hernan Ibáñez Guerra
Documento de Identidad	79539717
Título otorgado	Tecnico auxiliar de enfermeria
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21/07/2012
Ciudad de expedición del título	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 Nº 900.959.043-4 dando cumplimiento al Artículo 6º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, me informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA

NOMBRE DEL COLABORADOR: _____
CÉDULA: _____

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