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:
CORPORACION DE EDUCACION SAN JORGE CESCO
Dirección:
Cra 10 No 18 – 54 sur
Ciudad:
Bogotá D.C.

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	**CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY**
Documento de Identidad	**C.C. 1.023.892.621 DE BOGOTA D.C.**
Título otorgado	**TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	18/12/2011 FOLIO No 42
Ciudad de expedición del titulo	**Bogotá 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 Cristhiam G. Saavedra

NOMBRE DEL COLABORADOR: **CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY**
CEDULA DE CIUDADANIA No **C.C. 1.023.892.621 DE BOGOTA D.C.**

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:
COLEGIO SUR ORIENTE PANAMERICANO
Dirección:
Calle 39ª sur No 3c – 45 Este B
Ciudad:
Bogotá D.C.

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	**CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY**
Documento de Identidad	**C.C. 1.023.892.621 DE BOGOTA D.C.**
Título otorgado	**BACHILLER ACADEMICO**
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	01/12/2007 ACTA No 50
Ciudad de expedición del titulo	**Bogotá 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 Cristhiam G. Saavedra

NOMBRE DEL COLABORADOR: **CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY**
CEDULA DE CIUDADANIA No **C.C. 1.023.892.621 DE BOGOTA D.C.**