

Bogotá D.C.,

Señores: Colegio Miguel de Cervantes Saavedra
Dirección: Calle 49 N° 11-47

Ciudad: Soacha (Cundinamarca)

Asunto: Verificación de título Bachiller Académico

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	Juan Pablo Sarmiento Arévalo
Documento de Identidad	1000134170
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	30/11/2016 – acta No 012
Ciudad de expedición del título	Soacha (Cundinamarca)

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 UNIVERSITARIO 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 4° 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

Juan Pablo Sarmiento

**NOMBRE DEL COLABORADOR: Juan Pablo Sarmiento Arévalo
CEDULA: 1000134170**