

Bogotá D.C., Noviembre 2025

Señores: COLEGIO ARTEGA MUÑOZ

Dirección: Calle 18 sur # 13-89

Ciudad: BOGOTÁ

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 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	HANS BLANCO MARTINEZ
Documento de Identidad	80027865
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	02/12/1997-14
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

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,

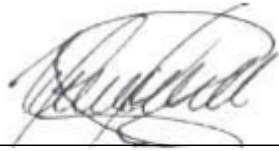
**PROFESIONAL
ESPECIALIZADO IV DIRECCIÓN
DE TALENTO HUMANO**

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 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

Bogotá D.C., Noviembre 2025



**NOMBRE DEL COLABORADOR : HANS BLANCO
MARTINEZ
CEDULA : 80027865**

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuroccidente.gov.co
Info: 195