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

Bogota D.C., Noviembre 2025

Senores: INSTITUCION EDUCATIVA EL BOSQUE

Direcci6n: **Carrera 19 Este #31a-64**

Ciudad: SOACHA CUNDINAMARCA

Asunto: Verificaci6n de titulo especialista, profesional, tecnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atenci6n al articulo 23 de la Constituci6n Politica, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su instituci6n, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculaci6n y/o contrataci6n, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	JUAN SEBASTIAN HERNANDEZ JOYA
Documento de Identidad	1024540180
Titulo otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26/11/2009 007
Ciudad de expedici6n del titulo	SOACHA CUNDINAMARCA

Por favor, sirvase dirigir su respuesta dentro del termino legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCION DE TALENTO HUMANO
Direcci6n: calle 19a # 34-94
Correo Electr6nico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

Atentamente,

PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV
DIRECCION DE TALENTO HUMANO

Autorizaci6n: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Articulo 4° de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi titulo, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el tramite requerido para la verificaci6n del mismo.
Atentamente,

FIRMA



NOMBRE DEL COLABORADOR: JUAN SEBASTIAN HERNANDEZ JOYA
CEDULA: 1024540180

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

Bogotá D.C., Noviembre 2025

Señores: FUNDACION SAN MATEO

Dirección: CRA 7 # 99

Ciudad: SOACHA CUNDINAMARCA

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	JUAN SEBASTIAN HERNANDEZ JOYA
Documento de Identidad	1024540180
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	25/06/2011 424
Ciudad de expedición del titulo	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 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: JUAN SEBASTIAN HERNANDEZ JOYA
CEDULA: 1024540180