

Bogotá D.C., 12 de mayo de 2026

Señores:

INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL CASTILLA
Carrera 78C No.8 A - 43
BOGOTÁ, D.C.

Asunto: Verificación de título de bachiller

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	Angie Viviana Ramírez Quintero
Documento de Identidad	1030540067
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	17 de noviembre de 2005 - Acta No.6
Ciudad de expedición del título	Bogotá

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

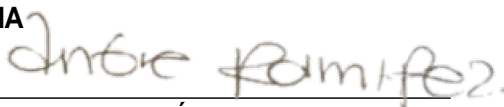
Atentamente,



**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



**ANGIE VIVIANA RAMÍREZ QUINTERO
CEDULA : 1030540067**