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

Bogotá D.C., 19 de junio 2026.

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 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 Pablo Sarmiento Arévalo
Documento de Identidad	1000134170
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	**30/11/2016** **No. de Acta 012**
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

Juan Pablo Sarmiento

NOMBRE DEL COLABORADOR: Juan Pablo Sarmiento Arévalo
CEDULA: 1000134170