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 BRASILIA BOSA IED

Dirección: CALLE 52 A SUR N° 87D 85

Ciudad: BOGOTÁ D.C

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	Victor Alfonso Gonzalez Moya
Documento de Identidad	1.030.597.017
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	**07/12/2009 No. de Acta 15**
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D.C

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal.

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 3-94
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: Victor Alfonso Gonzalez Moya
CEDULA: 1.030.597.017