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

Bogotá D.C., 10 DE SEPTIEMBRE 2026

Señores: INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL FRANCISCO DE MIRANDA
Dirección: DG 41 SUR # 73 A - 80

Ciudad: BOGOTA

Asunto: Verificación de título de Bachiller

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	JEISSON JULIAN GUTIERREZ CRISTANCHO
Documento de Identidad	1030565684
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	04/12/2008 No. Acta 9
Ciudad de expedición del titulo	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 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 Julian Gutierrez Cristancho

NOMBRE DEL COLABORADOR : JEISSON JULIAN GUTIERREZ CRISTANCHO
CEDULA : 1.030.565.684 DE BOGOTA