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

Bogotá D.C., 12 de noviembre de 2025

Señores: INFORTEC
Dirección: Cra. 22 Bis #74A-19

Ciudad: BOGOTÁ D.C

Asunto: Verificación de título especialista, profesional,

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** | Keidy Tatiana Villalba Gutiérrez |
| **Documento de Identidad** | 1013649873 |
| **Título otorgado** | Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar de Enfermería |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 26 de Enero de 2013 Acta No. 004 |
| **Ciudad de expedición del titulo** | Bogotá D.C. |

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,

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

Bogotá D.C., 12 de noviembre de 2025

**FIRMA**



**NOMBRE DEL COLABORADOR :** Keidy Tatiana Villalba Gutiérrez
**CEDULA :** 1013649873

Calle 9#39-46
Código postal 110851
Tel.: 7560505
www.subredsuroccidente.gov.co
Info: 195

Secretaría de Salud
Subred **Sur Occidente** E.S.E.