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

Bogotá D.C., 23 de octubre de 2025

Señores: UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Dirección: Calle 70 # 52 - 21

Ciudad: MEDELLÍN

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 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	Jairo de Jesús Montes del Castillo
Documento de Identidad	3934120
Título otorgado	Médico y Cirujano
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Junio 4 de 1982 Acta de Grado N° 2541
Ciudad de expedición del titulo	Medellín

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,

JAIRO DE JESÚS MONTES DEL CASTILLO

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



JAIRO DE JESÚS MONTES DEL CASTILLO

CÉDULA: 1020784414

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

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

Bogotá D.C., 23 de octubre de 2025

Señores: UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA - HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Dirección: Transversal 3C No 49 - 02

Ciudad: BOGOTÁ

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 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	Jairo de Jesús Montes del Castillo
Documento de Identidad	3934120
Título otorgado	Especialista en Neurocirugía
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Febrero 23 de 1990 Acta N° 27/90 - Acta de Postgrado N° PG-035
Ciudad de expedición del titulo	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,

JAIRO DE JESÚS MONTES DEL CASTILLO

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



JAIRO DE JESÚS MONTES DEL CASTILLO

CÉDULA: 1020784414

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