

Bogotá D.C., noviembre 2025

Señores: UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Dirección: CALLE 58 A BIS 37 -94

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 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	YENIFER CAROLINA MARTINEZ NARVAEZ
Documento de Identidad	1014235681
Título otorgado	MEDICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21/07/2016- ACTA 46239
Ciudad de expedición del título	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,

FIRMA



**NOMBRE DEL COLABORADOR: MARRTINEZ NARVAEZ YENIFER CAROLINA
CEDULA: 1014235681**

Calle 9#39-46

Código postal 110851

Tel.: 7560505

www.subredsuroccidente.gov.co

Info: 195