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

Bogotá D.C.,

Señores: UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO UAN
Dirección: Calle 22 Sur # 12 D - 81

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 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** | Katherin Xiomara Montilla Obregón |
| **Documento de Identidad** | 1003951127 |
| **Título otorgado** | Enfermera Profesional |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 03/03/2026 |
| **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,

**NOMBRE DEL COLABORADOR :**
**KATHERIN XIOMARA MONTILLA OBREGÓN**
**CEDULA 1003951127**