Bogotá D.C., 25/10/2024

Señores: COORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

Dirección: AC 72C 87 81F

Ciudad: BOGOTA

*Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar*

Respetuoso saludo.

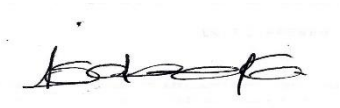
*Reciba un cordial saludo,*

*Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título, según se encuentra establecido en la normatividad vigente para los procesos de Habilitación y Acreditación de Prestadores de Servicios de Salud, nos permitimos solicitarles se sirva confirmarnos la expedición, por parte de su institución, del título de grado como Especialista, Profesional, Técnico o Auxiliar, del colaborador/es relacionado/s a continuación:*

| | |
|---|---|
| **Nombres y apellidos** | NIDI ISABEL GONZALEZ CAMACHO |
| **Documento de Identidad** | 1012327738 |
| **Título otorgado** | PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 24/11/2020 |
| **Ciudad de expedición del titulo** | BOGOTA |

*Cordialmente,*

***NOMBRE Y FIRMA***
*Director Operativo - Gestión del Talento Humano*
*Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”*
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co



**FIRMA DEL COLABORADOR _____**
**NOMBRE DEL COLABORADOR: NIDI ISABEL GONZALEZ CAMACHO_____**

**CEDULA: 1012327738**