Bogotá D.C., 10/02/2025

Señores: Universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A

Dirección: Cl 222 55 37

Ciudad: Bogotá

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	Sandra Patricia Moreno Camacho
Documento de Identidad	52749673
Título otorgado	Enfermera
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Diciembre 9 de 2005 Acta N° 3596 1-78-2527-M
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: Sandra Patricia Moreno Camacho

CEDULA: 52749673