Bogotá D.C. 19 de Marzo de 2025,

Señores: Universidad Cooperativa de Colombia

Dirección: Calle 39 # 14-18

Ciudad: Bogotá D.C

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	Dubis Maria Pimientel Rubio
Documento de Identidad	45546499
Título otorgado	Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria En Salud
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	13 Abril 2011
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D.C

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: Dubis Maria Pimientel Rubio

CEDULA: 45546499