Bogotá D.C., 19 de marzo de 2025

Señores: Universidad Nacional de Colombia

Dirección: Cra 30 #45-3

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	Ingree Maryeth Bernal Patiño
Documento de Identidad	52.886.438
Título otorgado	Pediatra
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	09-04-2024 / 004371
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

Ingree M. Bernal P.

FIRMA DEL COLABORADOR

NOMBRE DEL COLABORADOR: Ingree Maryeth Bernal Patiño

CEDULA: 52886438