Bogotá D.C., ABRIL 03 DE 2025

Señores: INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL DE CARRETO

Dirección: MAGDALENA

Ciudad: MAGDALENA

Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar
Respetuoso saludo.

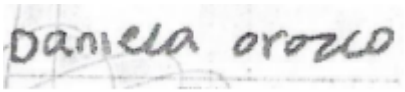
Reciba un cordial saludo,

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	DANIELA ISABEL OROZCO HUELVAS
Documento de Identidad	1007162303
Título otorgado	BACHILLER
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	13/12/2014 ACTA No 320
Ciudad de expedición del titulo	MAGDALENA

Cordialment

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: DANIELA ISABEL OROZCO HUELVAS

CEDULA: 1007162303

Bogotá D.C., ABRIL 01 DE 2025

Señores: FUSDESA

Dirección: FUNDECOR

Ciudad: BARRANQUILLA

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	DANIELA ISABEL OROZCO HUELVAS
Documento de Identidad	1007162303
Título otorgado	TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	06/11/2019 ACTA No 1
Ciudad de expedición del titulo	BARRANQUILLA

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

Daniela orozco

FIRMA DEL COLABORADOR _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: DANIELA ISABEL OROZCO HUELVAS
CEDULA: 1007162303