


| | | |
|---|--|---------------------|
|  | FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS | CÓDIGO: AP-TH-F-147 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 20/08/2024 |

Bogotá D.C., 12 de mayo de 2025

Señores: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca – Facultad de Salud

Dirección: Calle 28 # 5B-02

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 | JENNIFER CAROLINA FAJARDO FONSECA |
| Documento de Identidad | 52877747 |
| Título otorgado | Bacteriólogo y Laboratorista Clínico |
| Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta | 19 de diciembre de 2003 y Acta No. 171 |
| Ciudad de expedición del título | 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: Jennifer Carolina Fajardo **CEDULA:** 52877747