Bogotá D.C., 29-09-2025

Señores: UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Dirección: CRA 1 NUMERO 47 A 17

Ciudad: BOGOTA

Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar

Respetuoso saludo.

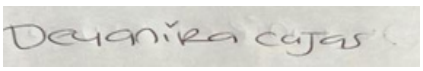
Reciba un cordialsaludo, Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título, según se encuentra establecido en la
normatividad vigente para los procesos de Habilitación y Acreditación de Prestadores de Servicios de Salud, nos permitimos solicitarles se sirva confirmarnos la expedición, 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	FARY DEYANIRA CAJAS BERMEO
Documento de Identidad	1026556676
Título otorgado	MEDICO GENERAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	15 MAYO 2020 FOLIO 207 LIBRO 30
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

Cordialmente,



NOMBRE Y FIRMA
Director Operativo - Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios deSalud NorteE.S.E.”
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co



FIRMA DEL COLABORADOR

NOMBRE DEL COLABORADOR: FARY DEYANIRA CAJAS BERMEO

CEDULA: 1026556676