

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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., 10/11/2025

Señores: UNIVERSIDAD DEL BOSQUE

Dirección: KR 9 131 A 02

Ciudad: BOGOTA

**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	EDITH MIYERI SEGURA VALDES
Documento de Identidad	52.197.464
Título otorgado	ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA GENERAL
Fecha del diploma y/o Acta – No. De Acta	06/09/2012 ACTA 7942 FOLIO 462
Ciudad de expedición del título	BOGOTA D.C

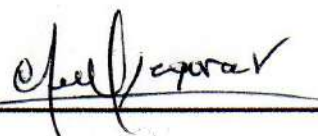
*Cordialmente,*

#### **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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR: EDITH MIYERI SEGURA VALDES

CEDULA: 52.197.464

Bogotá D.C., 10/11/2025

Señores: UNIVERSIDAD JORGE TADEO LOZANO

Dirección: KR 4 22 61

Ciudad: BOGOTA

*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	EDITH MIYERI SEGURA VALDES
Documento de Identidad	52.197.464
Título otorgado	ESPECIALISTA EN GERENCIA Y AUDITORIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. De Acta	19/04/2007 ACTA 2/3 FOLIO 33
Ciudad de expedición del título	BOGOTA D.C

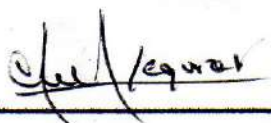
*Cordialmente,*

**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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

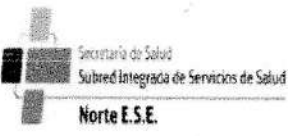
FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR: EDITH MIYERI SEGURA VALDES

CEDULA: 52.197.464



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

Bogotá D.C., 10/11/2025

Señores: UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Dirección: CL 58 A BIS 37 94

Ciudad: BOGOTA

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:

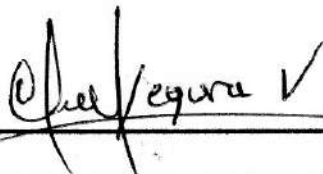
Nombres y apellidos	EDITH MIYERI SEGURA VALDES
Documento de Identidad	52.197.464
Título otorgado	ODONTOLOGO
Fecha del diploma y/o Acta - No. De Acta	13/08/2001 ACTA 17366
Ciudad de expedición del título	BOGOTA D.C

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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR: EDITH MIYERI SEGURA VALDES

CEDULA: 52.197.464