Bogotá D.C., Noviembre 26 de 2025

Señores: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Dirección: carrera 30 45-03

Ciudad: BOGOTA

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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	ALEXSANDRA ORTIZ ROVIRA
Documento de Identidad	55302607
Título otorgado	ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	4/10/2018 - 2619
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

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: ALEXSANDRA ORTIZ ROVIRA
CEDULA: 55302607