

	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., Noviembre 24 del 2025

Señores: UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

Dirección: Calle 28 No.5B - 02

Ciudad: Bogotá

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	DAISY ELIZABETH ORTIZ HUERTAS
Documento de Identidad	52.705.343
Título otorgado	BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	28 de junio de 2001 - Acta No. 164
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

Cordialmente,

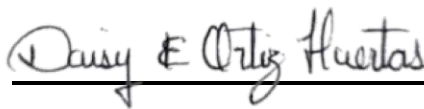


NOMBRE Y FIRMA

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: DAISY ELIZABETH ORTIZ HUERTAS

CEDULA: 52.705.343