Bogotá D.C., 24 de noviembre de 2025

Señores: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Dirección: CARRERA 45 # 26-85

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	OSWIN HUMBERTO CAICEDO MARTÍNEZ
Documento de Identidad	80171936
Título otorgado	MÉDICO CIRUJANO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	16/12/2009, ACTA DE GRADO No 952
Ciudad de expedición del titulo	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: OSWIN HUMBERTO CAICEDO MARTÍNEZ

CEDULA: 80171936

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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., 24 de noviembre de 2025

Señores: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Dirección: CARRERA 45 # 26-85

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	OSWIN HUMBERTO CAICEDO MARTÍNEZ
Documento de Identidad	80171936
Título otorgado	ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	18/03/2015, ACTA DE GRADO No 1822
Ciudad de expedición del titulo	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: OSWIN HUMBERTO CAICEDO MARTÍNEZ

CEDULA: 80171936