Bogotá D.C., 23 febrero 2026

Señores: Corporación Universitaria Minuto de Dios
Dirección: Kr 74 81c 05
Ciudad: Soacha Cundinamarca

Asunto: Verificación de Título Trabajadora Social

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	Zoraida Gimena Cristancho Rodríguez
Documento de Identidad	52767787
Título otorgado	Trabajadora Social
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	13/noviembre/2015 acta 654
Ciudad de expedición del titulo	Soacha, Cundinamarca

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: Zoraida Gimena Cristancho

CEDULA: 52767787