Bogotá D.C., BOGOTA OCTUBRE 31 DE 2026

Señores: COLEGIO DISTRITAL JORGE ELIECER GAITAN

Dirección: BOGOTA

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	ANA ISABEL OCHOA ORDUZ
Documento de Identidad	1015409637
Título otorgado	BACHILLER
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	07/12/2006 ACTA N° 043
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 ANA ISABEL OCHOA ORDUZ

NOMBRE DEL COLABORADOR: _____

CEDULA: 1015409637

Bogotá D.C., BOGOTA OCTUBRE 31 DE 2026

Señores: ESCUELA DE SALUD SAN PEDROM CLAVER

Dirección: BOGOTA

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	ANA ISABEL OCHOA ORDUZ
Documento de Identidad	1015409637
Título otorgado	TECNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	12/07/2024 ACTA N° 012
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 ANA ISABEL OCHOA ORDUZ

NOMBRE DEL COLABORADOR: _____

CEDULA: 1015409637

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada