

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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.,

Señores: José Jaime Rojas

Dirección: Calle 78D 18U 91 Sur

Ciudad: Bogotá

*Asunto: Verificación de Título, Bachiller académico*

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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Leidy Katerin Pérez Cortes
<b>Documento de Identidad</b>	1033789700
<b>Título otorgado</b>	Bachiller Académico
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	1/12/2015, Acta No. 14
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Bogotá

*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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

FIRMA DEL COLABORADOR



**NOMBRE DEL COLABORADOR: Leidy Katerin Pérez Cortes**

**CEDULA: 1033789700**

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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.,

Señores: Predesalud

Dirección: Cra. 78k #40b - 56, Kennedy,

Ciudad: Bogotá

*Asunto: Verificación de Título, Técnico Auxiliar de enfermería*

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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Leidy Katerin Pérez Cortes
<b>Documento de Identidad</b>	1033789700
<b>Título otorgado</b>	Técnico Laboral en auxiliar de enfermería
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	05/12/2019 Acta No. 0407
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Bogotá

*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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

FIRMA DEL COLABORADOR



**NOMBRE DEL COLABORADOR: Leidy Katerin Pérez Cortes**

**CEDULA: 1033789700**