

	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., FEBRERO 21 DE 2025

Señores: COLEGIO SANTANDER

Dirección: KR 9 # 13 -36

Ciudad: GIRARDOT

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	LUZ ADRIANA SALCEDO GONZALEZ
Documento de Identidad	TI800304-11777
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	NOVIEMBRE 29 DE 1999
Ciudad de expedición del título	GIRARDOT

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: LUZ ADRIANA SALCEDO GONZALEZ

CEDULA: 52.461.288 DE BGTA

	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., FEBRERO 21 DE 2025

Señores: AREANDINA

Dirección: KR 14^a # 70^a - 34

Ciudad: BOGOTA DC

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	LUZ ADRIANA SALCEDO GONZALEZ
Documento de Identidad	CC52461288
Título otorgado	ENFERMERA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	JULLIO 27 DE 2018 ACTA 848 FOL 102
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA DC

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: LUZ ADRIANA SALCEDO GONZALEZ

CEDULA: 52.461.288 DE BGTA