

	<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: FUSDESA

Dirección: Cl. 15 Sur # 16-83, Antonio Nariño, Bogotá

Ciudad: Bogotá D.C

**Asunto:** Verificación de Título , Auxiliar de Enfermería

Respetuoso 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 Auxiliar de Enfermería, del colaborador relacionado a continuación:

<b>Nombres y apellidos</b>	Estefany Mendieta Barrera
<b>Documento de Identidad</b>	1028781277
<b>Título otorgado</b>	Auxiliar de Enfermería
<b>Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado</b>	10 de junio del 2023 / N° 2218
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Bogotá D.C.

Cordialmente,



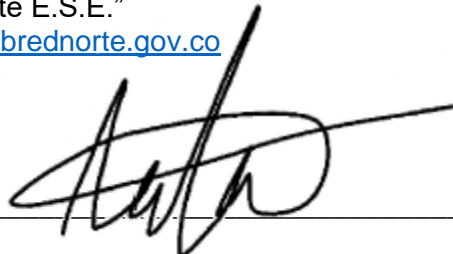
**NOMBRE Y FIRMA**

Director Operativo - Gestión del Talento Humano

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

Correo Electrónico: [verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR** \_\_\_\_\_



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Estefany Mendieta Barrera

**CEDULA:** 1028781277