

	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., 27 DE MARZO DEL 2025

Señores: ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER

Dirección: CRA 33 AVENIDA LOS FUNDADORES

Ciudad: VILLAVICENCIO

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	ELIZABETH GOMEZ MENESES
Documento de Identidad	40397083
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	23 DE AGOSTO 1997 LIBRO DE REGISTRO 1A FOLIO 08
Ciudad de expedición del título	VILLAVICENCIO META

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 Elizabeth Gomez

NOMBRE DEL COLABORADOR: ELIZABETH GOMEZ MENESES

CEDULA: 40397083