Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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., BOGOTA 03 MARZO 2025

Señores: FUNDACION INTEGRAL PARA LA FORMACION Y EL

DESARROLLO (FORMAR)

Dirección:MONTERIA

Ciudad: (MONTERIA)

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	LILIANA PATRICIA MOLINA RAMOS
Documento de Identidad	1067862284
Título otorgado	TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	09-04-2016
Ciudad de expedición del titulo	MONTERIA CORDOBA

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: LILIANA PATRICIA MOLINA R

CEDULA:1067862284

Powered by CamScanner