

|                                                                                   |                                                                                  |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  | <b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>                                           | CÓDIGO: AP-TH-F-147 |
|                                                                                   |                                                                                  | VERSIÓN: 1          |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1      |
|                                                                                   |                                                                                  | FECHA: 20/08/2024   |

Bogotá D.C.,

Señores: CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Dirección: CARRERA 21 A # 8-46

Ciudad: LA MESA CUNDINAMARCA

*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:*

|                                                 |                              |
|-------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Nombres y apellidos</b>                      | OMAR FERNANDO SANABRIA ROJAS |
| <b>Documento de Identidad</b>                   | 79924279                     |
| <b>Título otorgado</b>                          | AUXILIAR ENFERMERIA          |
| <b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b> | 12 JUNIO 2021 # 58           |
| <b>Ciudad de expedición del titulo</b>          | LA MESA CUNDINAMARCA         |

*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: OMAR FERNANDO SANABRIA ROJAS**

**CEDULA: 79924279**