

	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 5 DE 6 FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: FUSDESA

Dirección: Calle 15 sur # 16-83

Ciudad: Bogotá

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	Karen Lorena Sanchez Mora
Documento de Identidad	1023964638
Título otorgado	Auxiliar En Enfermeria
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	03/12/2022 N° 2040
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D.C

Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo - Gestión del Talento Humano

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

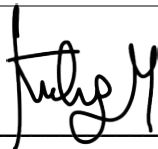
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos

No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 5 DE 6 FECHA: 20/08/2024

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR: Karen Lorena Sanchez Mora

CEDULA: 1023964638

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos

No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada