

	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., 14 de abril de 2025

Señores: FUSDESA

Dirección: *cl.15 sur # 16-83, Antonio Nariño, Bogotá*

Ciudad: Bogotá

Asunto: *Verificación de Título*

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	Nicol Lilian Diaz Gonzalez
Documento de Identidad	102453180
Título otorgado	Tecnico Laboral por Competencia - AUXILIAR EN ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	09 de diciembre 2023
Ciudad de expedición del título	Bogotá

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

Nicol Lilian Diaz Gonzalez

FIRMA DEL COLABORADOR:

Nicol Lilian Diaz Gonzalez

NOMBRE DEL COLABORADOR:

CEDULA: *1024530180 - Btu'*