

	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., 30 de Mayo 2025.

Señores: INSTITUTO BRITANICO
Dirección: Autopista Sur # 16 - 22, Bogotá, Soacha
Ciudad: Soacha cundinamarca

Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar

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 Pardo Doncel
Documento de Identidad	1122116212
Título otorgado	Técnico auxiliar administrativo
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26/08/2018 RES 1253
Ciudad de expedición del título	Soacha 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



FIRMA DEL COLABORADOR:

NOMBRE DEL COLABORADOR: ELIZABETH PARDO DONCEL

CEDULA: 1122116212