

| | | |
|---|--|---------------------|
|  | 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.,

Señores:
Fundación de socorristas desarrollo y acción
Dirección:
Cl. 15 Sur 16-83, Bogota
Ciudad:
Bogota D.C.

Asunto: Verificación de Título Auxiliar en Enfermería

Respetuoso 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 Auxiliar en Enfermería, del colaborador relacionado a continuación:

| | |
|--|----------------------------|
| Nombres y apellidos | Hilda Susana Perez Barreto |
| Documento de Identidad | 1033685414 |
| Título otorgado | Auxiliar en Enfermería |
| Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado | 08-07-2020/ N 923 |
| Ciudad de expedición del título | Bogota 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



FIRMA DEL COLABORADOR _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: HILDA SUSANA PEREZ BARRETO

CEDULA: 1033685414