

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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: MEDISED

Dirección: Cra. 99 #18-40, Bogotá

Ciudad: Bogotá D.C

*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	JEIMY TATIANA AGUILAR LEON
Documento de Identidad	1016087642
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	28 DE ABRIL 2025 ACTA 4720
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

Cordialmente,



**NOMBRE Y FIRMA**

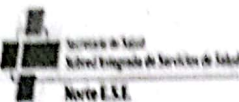
Director Operativo - Gestión del Talento Humano  
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E."  
Correo Electrónico: [verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)



FIRMA DEL COLABORADOR: JEIMY TATIANA AGUILAR

NOMBRE DEL COLABORADOR: JEIMY TATIANA AGUILAR

CEDULA: 1016087642

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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: INSTITUTO TOMAS MORO

Dirección: CALLE 70C#05 12 A

Ciudad: BOGOTÁ D.C

*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	JEIMY TATIANA AGUILAR LEON
Documento de Identidad	1016087642
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	08/12/2013 No ACTA 4
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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR: JEIMY TATIANA AGUILARLEON

CEDULA: 1016087642

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