

	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., 03/09/2025

Señores: **AREANDINA**

Dirección: **Calle 43 No. 57 - 14**

Ciudad: BOGOTA 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	DANIEL TRASLAVIÑA BARBOSA
Documento de Identidad	1014267349
Título otorgado	ENFERMERO PROFESIONAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26/01/2018 ACTA 830
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: DANIEL TRASLAVIÑA BARBOSA

CEDULA: 1014267349