

	<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., 09/09/2025

Señores: *Corporación Arkos 'U'*

Dirección:

Ciudad: *Bogotá*

**Asunto:** Verificación de Título

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 de enfermería, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	<i>Rosa Helena Ruera Alvarez</i>
Documento de Identidad	<i>52762252</i>
Título otorgado	<i>Técnico Auxiliar Enfermería</i>
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	<i>15 Abril 2005</i>
Ciudad de expedición del título	<i>Bogotá</i>

Cordialmente,

*[Firma manuscrita]*

**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**

*[Firma manuscrita]*

**NOMBRE DEL COLABORADOR:**

*Rosa Helena Ruera*

**CEDULA:**

*52762252 otid*