

|                                                                                   |                                                                                  |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  | <b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>                                           | CÓDIGO: AP-TH-F-147 |
|                                                                                   |                                                                                  | VERSIÓN: 1          |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1      |
|                                                                                   |                                                                                  | FECHA: 20/08/2024   |

Bogotá D.C., 09/01/2026

Señores: *Universidad Tecnológica del Chocó*

Dirección: *Cl. 19 #22-31 a 22-1*

Ciudad: *Quibdó - Chocó*

Asunto: *Verificación de título profesional*

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:*

|                                                 |                      |
|-------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Nombres y apellidos</b>                      | ROSANA ALVAREZ POTES |
| <b>Documento de Identidad</b>                   | 1077445707           |
| <b>Título otorgado</b>                          | Enfermera            |
| <b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b> | 18 Diciembre 2015    |
| <b>Ciudad de expedición del título</b>          | 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** *Rosana XP*

**NOMBRE DEL COLABORADOR:** ROSANA ALVAREZ POTES

**CEDULA:** 1077445707