

	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: *fusdewa*

Dirección: *Cll 15 sur # 16-83*

Ciudad: *Bogotá*

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	<i>Luz Edith Rodríguez Acuña</i>
Documento de Identidad	<i>52241313</i>
Título otorgado	<i>Auxiliar de enfermería</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<i>19-12-2008 N° 020</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

FIRMA DEL COLABORADOR: *[Firma manuscrita]*

NOMBRE DEL COLABORADOR: *Luz Rodríguez*

CEDULA: *52241313*

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.