

	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., 2026-01-21

Señores: FUSDESA

Dirección: Cl. 15 Sur # 16-83

Ciudad: BOGOTA

Asunto: Verificación de Título Técnico Auxiliar en enfermería

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	YULISA ESTHER RODRIGUEZ LEDESMA
Documento de Identidad	52434579
Título otorgado	TECNICO LABORAL EN ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	29/06/2007 ACTA 5701
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

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR: YULISA ESTHER RODRIGUEZ LEDESMA

CEDULA: 52434579