

	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 1113
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., Noviembre 26 de 2025

Señores: FUSDESA

Dirección: Bogotá

Ciudad: BOGOTÁ

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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	JENIFFER FERNANDA VARGAS BAICUE
Documento de Identidad	1061539179
Título otorgado	TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	6/10/2023 - 2330
Ciudad de expedición del título	BOGOTÁ

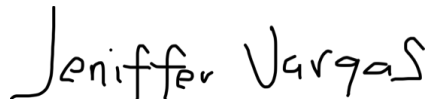
Cordialmente,



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



FIRMA DEL COLABORADOR:

NOMBRE DEL COLABORADOR: JENIFFER FERNANDA VARGAS BAICUE

CEDULA: 1061539179