

	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., Diciembre 01 de 2025

Señores:

INSTITUTO DE ESTUDIOS PARA LA SALUD - IES

Dirección:

Cra. 49b #74-153, Nte. Centro Historico, Barranquilla, Atlántico

Ciudad:

Barranquilla, Atlántico

Asunto: VERIFICACION DE TITULOS

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 TECNICO Y AUXILIAR, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	LIVINGSTON JAIME LEMUS OSPINA
Documento de Identidad	72268141 de Barranquilla
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	Diciembre 21 de 2013 – Acta 2013 No. 58 Reg.1 Folio 1
Ciudad de expedición del título	Barranquilla - Atlantico

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: LIVINGSTON JAIME LEMUS OSPINA

CEDULA: 72268141 de Barranquilla