

|   |  |                     |
|---|--|---------------------|
|  | <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., 25 Noviembre 2025  
 Señores: Universidad Simon Bolívar  
 Dirección: CE 59# 59-65  
 Ciudad: Barranquilla - Atlántico  
 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                      | <u>Cesbi Esle Acosta U/ci-</u>         |
| Documento de Identidad                   | <u>1043845695</u>                      |
| Título otorgado                          | <u>Calcedor Público</u>                |
| Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta | <u>Diciembre 10 2015 - Acta 164352</u> |
| Ciudad de expedición del título          | <u>Barranquilla Atlántico</u>          |

Cordialmente,

John Rodríguez

**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

Cesbi Esle Acosta U/ci-

NOMBRE DEL COLABORADOR:

Cesbi Esle Acosta U/ci-

CEDULA:

1043845695-