

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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: FUSDESA

Dirección: CALLE 14 # 16 – 52 SUR

Ciudad: Bogotá

*Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS*

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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	LUZMILA SOTO PINZON
<b>Documento de Identidad</b>	52025669
<b>Título otorgado</b>	Auxiliar de enfermería
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	16/12/2000 ACTA 004
<b>Ciudad de expedición del título</b>	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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR:**

*LUZMILA SOTO PINZON*  
*52025669*

**NOMBRE DEL COLABORADOR: LUZMILA SOTO PINZON**

**CEDULA: 52025669**