

	<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., 25 de noviembre de 2025

Señores: COLEGIO MUNICIPAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER  
Dirección: CALLE 13 # 01 - 14  
Ciudad: SOACHA CUNDINAMARCA

*Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS BACHILLER*

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>	LIGIA YANETH MARIN ARDILA
<b>Documento de Identidad</b>	52099703
<b>Título otorgado</b>	BACHILLER ACADEMICO
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	08/12/1993 - ACTA 001
<b>Ciudad de expedición del título</b>	SOACHA CUNDINAMARCA

*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:**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** LIGIA YANETH MARIN ARDILA

**CEDULA:** 52099703