

	<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., 05 DICIEMBRE 2025

Señores: FUSDESA

Dirección: CL. 15 SUR · 16-83

Ciudad: BOGOTÀ

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	CRISTIAN ALEXANDER MARTINEZ TRUJILLO
<b>Documento de Identidad</b>	1.012.432.951
<b>Título otorgado</b>	AUXILIAR DE ENFERMERIA
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	04-07-2018
<b>Ciudad de expedición del título</b>	BOGOTÀ

*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:** CRISTIAN MARTINEZ

**NOMBRE DEL COLABORADOR:** CRISTIAN ALEXANDER MARTINEZ TRUJILLO

**CEDULA:** 1.012.432.951