

	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 20/08/2024
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		

Bogotá D.C., 21 Nov/2025

Señores: Fundación Empresarial del Caribe

Dirección: C/ta 38 C-6-10.

Ciudad: Barranquilla.

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	Nelly Orozco Santodomingo
Documento de Identidad	22521114
Título otorgado	Técnico laboral en Auxiliar Enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	17 Diciembre /2012. - #Acta 001
Ciudad de expedición del título	Barranquilla.

Cordialmente,

John W. 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

FIRMA DEL COLABORADOR

NOMBRE DEL COLABORADOR:

CEDULA:

22521114

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada