

	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1113
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., Noviembre 26 de 2025

Señores: UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Dirección: Carrera 1a # 32-54

Ciudad: SANTA MARTA

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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	MONICA MORLEY VILLA MANCILLA
Documento de Identidad	36451737
Título otorgado	ENFERMERA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	5/16/2009 - 0095
Ciudad de expedición del título	SANTA MARTA

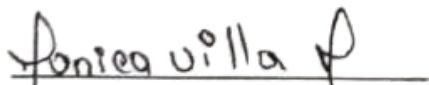
Cordialmente,



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



FIRMA DEL COLABORADOR:

NOMBRE DEL COLABORADOR: MONICA MORLEY VILLA MANCILLA

CEDULA: 36451737