	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 2
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 29 de Noviembre de 2025

Señores: CORFUTURO

Dirección: CARRERA 13 # 22 -56 SUR

Ciudad: BOGOTA

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	Nohora Stella Amortegui Moya
Documento de Identidad	35514942
Título otorgado	Técnico Laboral en Apoyo Administrativo
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22 de diciembre de 2012
Ciudad de expedición del título	Bogotá

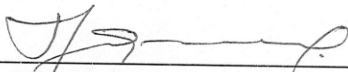
Cordialmente,



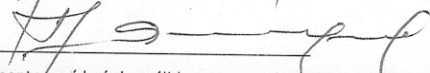
NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo - Gestión del Talento Humano
 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E."
 Correo Electrónico: verificandetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR:



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