

	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 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 03 Diciembre de 2025

Señores:

INSTITUTO TECNICO DE COLOMBIA

Dirección:

Atalaya, Manzana K4 #Lote 11, Cúcuta, Norte de Santander

Ciudad:

Cucuta – Norte de Santander

Asunto: Verificación de Título Técnico y Auxiliar

Respetuoso 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 TECNICO Y AUXILIAR, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	LUIS ARTURO CONTRERAS ORTIZ
Documento de Identidad	1094832477 de Cucuta – Norte de Santander
Título otorgado	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	Diciembre 13 de 2019 – Acta 10 Reg.29 - Folio 11
Ciudad de expedición del titulo	Cucuta – Norte de Santander

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: LUIS ARTURO CONTRERAS ORTIZ

CEDULA: 1094832477 de Cucuta – Norte de Santander