	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., 22 - 11 - 2025

Señores: Corporación Técnica Empresarial para el Trabajo.

Dirección: Calle 12F Sur # 78.F 61

Ciudad: Meva Cardinamarca.

Asunto: Verificación de Título, profesional de Enfermería.

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	Luz Jasmin Padilla Mora.
Documento de Identidad	1014221586.
Título otorgado	Auxiliar de enfermería.
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	12 Diciembre 2021 N° 59
Ciudad de expedición del título	Meva Cardinamarca

Cordialmente,



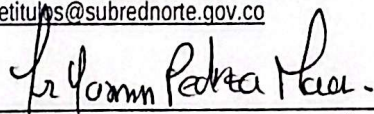
NOMBRE Y FIRMA

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:

Luz Jasmin Padilla Mora

CEDULA: 1014221586.

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