

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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 28 NOVIEMBRE 2025

Señores: ALEXANDER FLEMING  
Dirección: Cra.108 # 138-24  
Ciudad: Bogotá D.C.

*Asunto: Verificación de Título*  
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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	FANNY YANETH PEREZ PEREZ
<b>Documento de Identidad</b>	1019082495
<b>Título otorgado</b>	Auxiliar en Enfermería
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	08/06/2019
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Bogotá D.C.

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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR** Fanny Perez

**NOMBRE DEL COLABORADOR:** FANNY YANETH PEREZ PEREZ

**CEDULA:**C.C:1019082495 DE BOGOTA