

	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.,

Señores:

Fundetsalud

Dirección:

Calle 72 sur # 13a 10

Ciudad:

Bogotá D.C.

Asunto: Verificación de Título Auxiliar en Enfermería

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 **Especialista, Profesional, Técnico o Auxiliar**, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	Erika Yadira Tobar Lozano
Documento de Identidad	1033769360
Título otorgado	Auxiliar de Enfermería
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	15/12/2020 No. De acta de grado 33
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: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co



FIRMA DEL COLABORADOR

NOMBRE DEL COLABORADOR: Erika Yadira Tobar Lozano

	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: 2 DE 2
		FECHA: 20/08/2024

CEDULA: 1033769360