	<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.

Señores: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Dirección: Carrera 54 No. 67A - 80

Ciudad: Bogotá

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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:

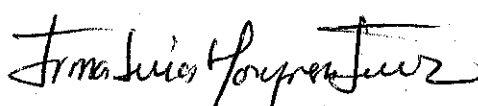
Nombres y apellidos	IRMA LUCIA MOSQUERA JIMENEZ
Documento de Identidad	52551606
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	16 JUNIO 1995 / 006
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

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: 

NOMBRE DEL COLABORADOR: IRMA LUCIA MOSQUERA JIMENEZ

CEDULA: 52551606