

	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., Noviembre 28 de 2025

Señores: ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA ESAE

Dirección: AV PRIMERA DE MAYO 26-30

Ciudad: Bogotá

Asunto: VERIFICACIÓN DE TÍTULOS

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	Yulieth Paola Romero De La Cruz
Documento de Identidad	1042346011
Título otorgado	TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	20/07/2024
Ciudad de expedición del título	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

FIRMA DEL COLABORADOR: *Yulieth Romero*

NOMBRE DEL COLABORADOR: Yulieth Paola Romero de la Cruz

CEDULA: 1042346011