

	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., 29/10/2025

Señores:FUSDESA

Dirección: Cl. 15 Sur # 16-83

Ciudad: BOGOTA D.C

Asunto:

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	PAULA ALEJANDRA PARRA QUINTERO
Documento de Identidad	1023003597
Título otorgado	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	31/05/2025 NACTA.58
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA 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:



NOMBRE DEL COLABORADOR: PAULA ALEJANDRA PARRA QUINTERO

CEDULA: 1023003597