

	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 27 DE 2025

Señores: CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Dirección: **Carrera 22 #21a-24, La Mesa**

Ciudad: LA MESA CUNDINAMARCA

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	YANELLYS ESTHER MORENO EXTREMOR
Documento de Identidad	1065660981
Título otorgado	TECNICA EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	28/06/2025 ACTA # 7591
Ciudad de expedición del título	LA MESA CUNDINAMARCA

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: YANELLYS ESTHER MORENO EXTREMOR

CEDULA: 1065660981