

|                                                                                   |                                                                                  |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  | <b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>                                           | CÓDIGO: AP-TH-F-147 |
|                                                                                   |                                                                                  | VERSIÓN: 1          |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 2      |
|                                                                                   |                                                                                  | FECHA: 20/08/2024   |

Bogotá D.C.,

Señores: Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano

Dirección: Carrera 4 # 22-61

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:*

|                                                 |                                                             |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y apellidos</b>                      | Reina Alejandra Acosta Franco                               |
| <b>Documento de Identidad</b>                   | 1022413451                                                  |
| <b>Título otorgado</b>                          | Especialista en Gerencia y Auditoria de la calidad en salud |
| <b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b> | 08/04/2021                                                  |
| <b>Ciudad de expedición del título</b>          | 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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR:**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Reina Alejandra Acosta Franco

**CEDULA:** 1022413451

|                                                                                   |                                                                                  |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  | <b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>                                           | CÓDIGO: AP-TH-F-147 |
|                                                                                   |                                                                                  | VERSIÓN: 1          |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 2 DE 2      |
|                                                                                   |                                                                                  | FECHA: 20/08/2024   |

Bogotá D.C.,

Señores: Universidad Manuela Beltrán

Dirección: Av. Circunvalar # 60 - 00

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:*

|                                                 |                               |
|-------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Nombres y apellidos</b>                      | Reina Alejandra Acosta Franco |
| <b>Documento de Identidad</b>                   | 1022413451                    |
| <b>Título otorgado</b>                          | Enfermera                     |
| <b>Fecha del diploma y/o Acta – No. De Acta</b> | 23/03/2018                    |
| <b>Ciudad de expedición del título</b>          | 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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR:**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Reina Alejandra Acosta Franco

**CEDULA:** 1022413451