Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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. 30-11-2025

Señores: MINISTERIO DE EDUCACION

Dirección:
Calle 43 No. 57 - 14

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	ADRIANA JOSEFINA RODRIGUEZ LUGO
Documento de Identidad	CC: 2000020997 (CI:VENEZOLANA 17.091.164)
Título otorgado	ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	08-08-2017 - 29226
Ciudad de expedición del titulo	CARACAS VENEZUELA

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: ADRIANA JOSEFINA RODRIGUEZ LUGO

CEDULA: CC: 2000020997