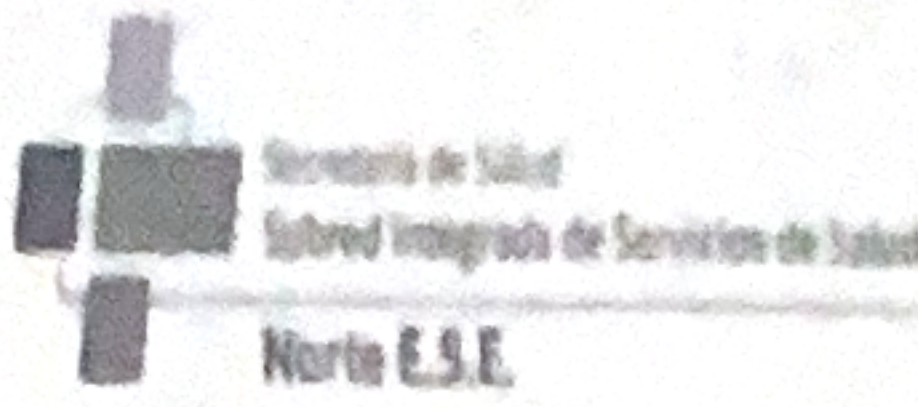


	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 5 / Diciembre / 2026

Señores: (Colocar datos de la institución educativa) Universidad de la Sabana

Dirección: Campus del puente del común km -Aut Norte- Chía

Ciudad: Bogotá D.C.

Asunto: Autorización de Verificación del título profesional

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	Edna Giselle Mercado Gómez
Documento de Identidad	1076.653175
Título otorgado	Enfermera
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26-Nov-2019 - Acta Grado N° 2241
Ciudad de expedición del título	Chía

Cordialmente,



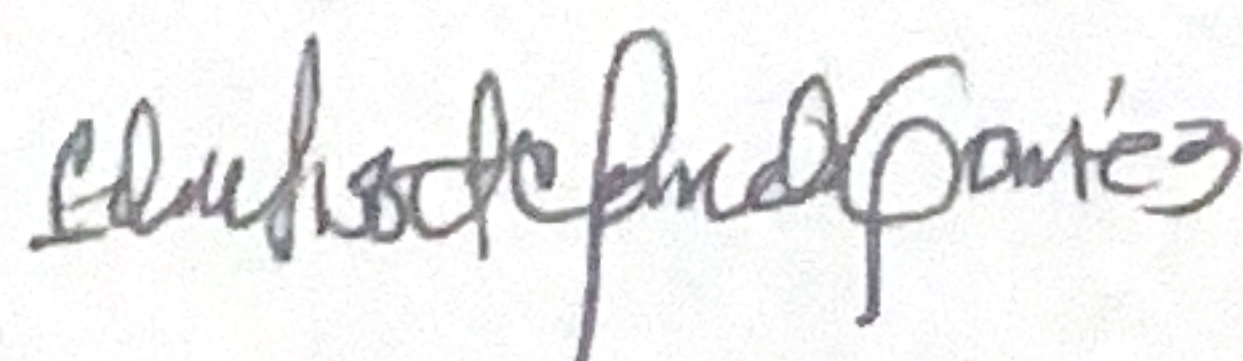
NOMBRE Y FIRMA

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:

CEDULA: 1076.653.175 alboté