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., 16 de Diciembre del 2025

Señores: ALEXANDER FLEMING

Dirección: KR 108 138 24

Ciudad: BOGOTA D.C.

Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar

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	CINDY JOHANNA MELO MORENO
Documento de Identidad	1019117365
Título otorgado	Auxiliar de Enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14/06/2014, N° ACTA: C1249
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: CINDY JOHANNA MELO MORENO

CEDULA: 1019117365

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada