

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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.,

Señores:  
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA  
Dirección:  
Cra. 13 No. 65 - 10  
Ciudad:  
Bogotá

**Asunto:** Verificación de Título Técnico en Nómina y Prestaciones

Respetuoso 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 relacionado a continuación:

<b>Nombres y apellidos</b>	Nancy Yamile Roldán Medina
<b>Documento de Identidad</b>	52494712
<b>Título otorgado</b>	Técnico en Nómina y Prestaciones
<b>Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado</b>	22/07/2013 ACTA 44400
<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:** Nancy Yamile Roldán Medina

**CEDULA:** 52.494.712