	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.,

Señores: Campo ALTO

Dirección: AV CARACAS # 34-22

Ciudad: BOGOTÁ

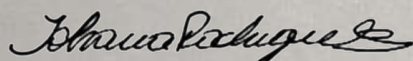
Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar

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:

Nombres y apellidos	<u>MICHELLE KARINA RODRIGUEZ BELLO</u>
Documento de Identidad	<u>1013655116</u>
Título otorgado	<u>Técnico Auxiliar enfermería</u>
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	<u>22 de Abril 2017</u> <u>Liberó 8 registro 20483</u>
Ciudad de expedición del título	<u>Bogotá</u>

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 MICHELLE RODRIGUEZ

NOMBRE DEL COLABORADOR: MICHELLE KARINA RODRIGUEZ BELLO

CEDULA: 1013655116