

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

Bogotá D.C.,

Señores:

Universidad Antonio Nariño

Dirección:

Carrera 3 Este # 44A - 15

Ciudad:

Bogotá D.C.

Asunto: Verificación de Título

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 Enfermera, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	Karen Alejandra López Beltrán
Documento de Identidad	1-013-637-657
Título otorgado	Enfermera
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	13 de Septiembre 2017 / 13 de Septiembre 2017 N° 48610
Ciudad de expedición del título	Bogotá 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: Karen Alejandra López Beltrán

CEDULA: 1-013-637-657