

 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.,

Señores: (nombre de la institución educativa de postgrado) *Universidad Antonio Nariño*

Dirección: (dirección de la institución educativa) *Carrera 3 Este #47A - 15*

Ciudad: (donde realizó la Especialización) *Bogotá D.C.*

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

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	<i>Karen Alejandra Jerez Beltrán</i>
Documento de Identidad	<i>1.013.637.657</i>
Título otorgado	<i>Enfermero</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<i>Diploma: 13-09-2017 Acta: 13-09-2017 - Número: 48610</i>
Ciudad de expedición del título	<i>Bogotá D.C.</i>

Cordialmente,

[Firma]

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

[Firma]

NOMBRE DEL COLABORADOR: *Karen Alejandra Jerez Beltrán*

CEDULA: *1.013.637.657*