Bogotá D.C., 10/11/2026

Señores: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Dirección: Calle 57 No. 8 - 69

Ciudad: Bogotá D.C.

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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	ELIZABETH ZAMORA CAMACHO
Documento de Identidad	52.458.396
Título otorgado	TECNICO EN ASISTENCIA EN ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	23/04/2014
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: Elizabeth Zamora Camacho

NOMBRE DEL COLABORADOR: ELIZABETH ZAMORA CAMACHO

CEDULA: 52.458.396 DE BOGOTA