Bogotá D.C 10 de diciembre de 2024

Señores: UNIVERSIDAD ECCI

Dirección: CARRERA 19 #49- 20

Ciudad: BOGOTÁ D.C

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

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	MAGDYAR ANGELICA PARGA CASTELLANOS
Documento de Identidad	1012428120
Título otorgado	ENFERMERA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	01/06/2017 – Acta No130
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTÀ

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: MAGDYAR ANGELICA PARGA

CASTELLANOS

CEDULA: 1.012.428.120

Bogotá D.C 10 de diciembre de 2024

Señores: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Dirección: AV CARACAS # 37- 63

Ciudad: BOGOTA D.C

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

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	MAGDYAR ANGELICA PARGA CASTELLANOS
Documento de Identidad	1012428120
Título otorgado	ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	05/08/2022 – ACTA N° 01-11146-2022
Ciudad de expedición del titulo	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

FIRMA DEL COLABORADOR _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: MAGYAR ANGELICA PARGA

CASTELLANOS

CEDULA: 1.012.428.120