

	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: Servicio Nacional de Aprendizaje.

Dirección: Calle 67 # 8-59

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	Emmanuel Maurello Quimbay.
Documento de Identidad	1000708978.
Título otorgado	Técnico en enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	06-05-24 / 87061470-06/05/24
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: Emmanuel Maurello Quimbay.

CEDULA: 1000708978.