Bogotá D.C., 31/12/2024

Señores: MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR DE COLOMBIA

Dirección: CALLE 43 NO 57 - 14

Ciudad: BOGOTÁ - COLOMBIA

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	SIMÓN EDUARDO HERNÁNDEZ ROA
Documento de Identidad	2.000.018.434
Título otorgado	LICENCIADO EN ENFERMERÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	RESOLUCIÓN 012294 29 JUNIO 2022
Ciudad de expedición del titulo	GUÁRICO - VENEZUELA

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: SIMON EDUARDO HERNÁNDEZ ROA

CEDULA: 2.000.018.434