	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: COLEGIO VEINTIUN ANGELES

Dirección: Cra.90 No. 154A-09

Ciudad: BOGOTA

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

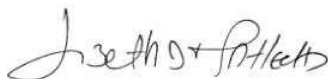
Respetuoso saludo.

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	LUISA MARIA QUINTANA BENITES
Documento de Identidad	1000574439
Título otorgado	BACHILLER TECNICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26/11/2021
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

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: LUISA MARIA QUINTANA BENITES

CEDULA: 1000574439

	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: ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS FORMATES

Dirección: CL 132 No. 108-09

Ciudad: BOGOTA

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

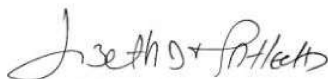
Respetuoso saludo.

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	LUISA MARIA QUINTANA BENITES
Documento de Identidad	1000574439
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26/03/2022
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

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 Luisa Quintana

NOMBRE DEL COLABORADOR: LUISA MARIA QUINTANA BENITES

CEDULA: 1000574439