Bogotá D.C.,

Señores: ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA " CEMCA"

Dirección: CALLE 36 # 15 - 63

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título Técnico Auxiliar de Enfermería

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 Técnico Auxiliar de Enfermería del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	ANA FRANCISCA PINZON VANEGAS
Documento de Identidad	52169727
Título otorgado	TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26/11/2004 Resolución # 458 24-01-2005 Secretaría Distrital de Salud
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 : ANA FRANCISCA PINZON VANEGAS

NOMBRE DEL COLABORADOR: ANA FRANCISCA PINZON VANEGAS

CEDULA: 52169727