

	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., 20/01/2025

Señores: Fundación Estudio Empresarial F.E.E
Dirección: Avenida Caracas No 45 22 Ciudad: Bogotá DC
Asunto: Verificación de Título Técnico Laboral Auxiliar de Enfermería

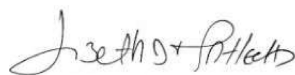
Respetuoso saludo.
Reciba un cordial saludo,

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 Especialista, Profesional, Técnico o Auxiliar, del colaborador/es relacionado/s a continuación:

Nombres y apellidos	Angie Paola Pérez Calderón
Documento de Identidad	1014241387
Título otorgado	Técnico Laboral Auxiliar de Enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	17 diciembre 2016 acta No 047
Ciudad de expedición del título	Bogotá DC

Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA

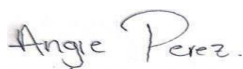


Director Operativo - Gestión del Talento Humano

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR:



NOMBRE DEL COLABORADOR: Angie Paola Perez Calderón

CEDULA: 1014241387

	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., 20/01/2025

Señores: IED Floridablanca

Dirección: Calle 70 a 94 38 Ciudad: Bogotá DC

Asunto: Verificación de Título Bachiller Académico

Respetuoso saludo.

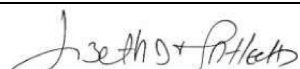
Reciba un cordial saludo,

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	Angie Paola Pérez Calderón
Documento de Identidad	1014241387
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	04 diciembre 2009 libro de registro No 005
Ciudad de expedición del título	Bogotá DC

Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA

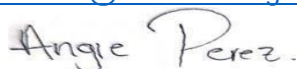


Director Operativo - Gestión del Talento Humano

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR:



NOMBRE DEL COLABORADOR: Angie Paola Perez Calderón

CEDULA: 1014241387