Bogotá, D.C. 04 de diciembre de 2024

Sres.

INSTITUTO SANTAFE DE BOGOTA
institutosantafedebogota@hotmail.com

Ref.: Verificación de título

Respetados Señores:

Reciban un cordial saludo y deseo de bienestar. Con el fin de realizar el procedimiento de verificación de título, según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico N.º 1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos), para efectos de vinculación y/o contratación, atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmar si el programa de AUXILIAR DE ENFERMERIA Obtenido en su entidad, por la siguiente persona:

NOMBRE DEL FUNCIONARIO	CEDULA	TITULO OBTENIDO	FECHA - FOLIO – REGISTRO
DIANA CAROLINA GUZMAN TINOCO	1022932594	AUXILIAR DE ENFERMERIA	14 DE JULIO DE 2012

Por favor, dirigir su respuesta a la Sede Administrativa SUBRED SUR Bogotá – Dirección de Contratación OPS, ubicado en la Cra. 24C # 54 – 47 Sur, o al correo electrónico validaciondetitulos@subredsur.gov.co

Agradezco su amable atención y pronta respuesta.

Cordialmente,

DILSA E. JIMENEZ PUENTES
Técnico Administrativo II
Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.