 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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., 06 DE FEBRERO DE 2025

Señores: FUNDACION EDUCATIVA SAN JUAN DE DIOS

Dirección: Ac. 22 Sur #N° 18 -38

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	SIRLEY DAYANA PRIETO GÓMEZ
Documento de Identidad	1030668908
Título otorgado	Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	01/06/2024 969 - FOLIO 19
Ciudad de expedición del título	Bogotá

Cordialmente,

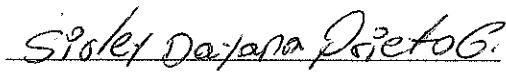


NOMBRE Y FIRMA

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 

NOMBRE DEL COLABORADOR: SIRLEY DAYANA PRIETO GÓMEZ

CEDULA: 1030668908