

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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: Centro DeEducacion  
Laboral

Dirección: CL 72 10 77

Ciudad: Bogota

Asunto: *Bachiller academico*

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:

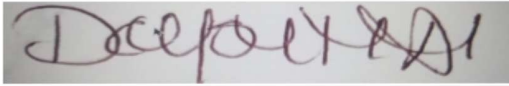
Nombres y apellidos	DEYSY YURANY MORALES AGUDELO
Documento de Identidad	43992857
Título otorgado	Bachiller academico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	07 julio 2019 acta 41
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

Cordialmente,

**NOMBREY FIRMA** 

Director Operativo - Gestión del Talento Humano  
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

Correo Electrónico: [verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

FIRMA DEL COLABORADOR 

**NOMBREDEL COLABORADOR:** DEYSY YURANY MORALES AGUDELO

**CEDULA:**43992857

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E</b> <b>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO</b>	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Dirección: KR 21A 24 68

Ciudad: Bogota

**Asunto: Tecnico en enfermeria**

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	DEISY YURANY MORALES AGUDELO
Documento de Identidad	43992857
Título otorgado	Tecnico en enfermeria
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	06 JULIO 2019 ACTA 54
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

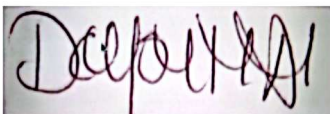
Cordialmente,

**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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)



**FIRMA DEL COLABORADOR**

**NOMBRE DEL COLABORADOR: DEISY YURANY MORALES**

**AGUDELO**

**CEDULA: 43992857**

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado de Documentos.  
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión des



CamScanner

Powered by

 CamScanner