

	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., 05/03/2025

Señores:
Escuela de formaciones técnicas FORMATES
Dirección:
Calle 42H # 83 - 10
Ciudad:
Bogotá D.C

Asunto: Verificación de Título AUXILIAR EN ENFERMERIA

Respetuoso 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 AUXILIAR EN ENFERMERIA, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	Leidy jhojana alarcon zicuariza
Documento de Identidad	1001045525
Título otorgado	Auxiliar en enfermería
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	26/06/2021 4739
Ciudad de expedición del titulo	Bogota D.C

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: Leidy jhojana alarcon zicuariza

CEDULA: 1001045525