

	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.,

Señores:
CORPORACION TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección:
CARRERA 21 a N°8-46
Ciudad:
LA MESA CUNDINAMARCA

Asunto: Verificación de Título AUXILIAR DE ENFERMERÍA

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 DE ENFERMERÍA, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	HECTOR MANUEL TÉLLEZ BARÓN
Documento de Identidad	1.023.931.417
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	25-6-2022 N°60-4365-211-4365-A02
Ciudad de expedición del título	LA MESA CUNDINAMARCA

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: **HECTOR MANUEL TELLEZ BARON**

CEDULA: 1023931417