

	<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: Colegio distrital Rafael Bernal Jimenez

Dirección: Carrera 53 # 75-17

Ciudad: Bogotá

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Angela Viviana Blanco Ortiz
<b>Documento de Identidad</b>	53.053.520 de Bogotá
<b>Título otorgado</b>	Bachiller academico
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	06 de diciembre 2003 Acta 32
<b>Ciudad de expedición del titulo</b>	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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Angela Viviana Blanco Ortiz

**CEDULA:** 53.053.520 de Bogotá

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

	<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: Escuela de salud San Pedro Claver

Dirección: Calle 34 # 16-49

Ciudad: Bogotá

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Angela Viviana Blanco Ortiz
<b>Documento de Identidad</b>	53.053.520 de Bogotá
<b>Título otorgado</b>	Tecnico laboral por competencias como auxiliar de servicios farmaceuticos
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	14 de diciembre 2023 Acta 3 Folio 15
<b>Ciudad de expedición del titulo</b>	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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Angela Viviana Blanco Ortiz

**CEDULA:** 53.053.520 de Bogotá

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