

	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: (nombre de la institución educativa de postgrado) *Centro de técnicos en enfermería Alexandra Fleming*

Dirección: (dirección de la institución educativa) *Kl 108 # 138-24*

Ciudad: (donde realizó la Especialización) *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:

Nombres y apellidos	<i>José Alonso Ramírez Orjuela</i>
Documento de Identidad	<i>1053331809.</i>
Título otorgado	<i>Técnico Auxiliar en enfermería</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<i>11/06/2022 N.º C 032</i>
Ciudad de expedición del título	<i>Bogotá</i>

Cordialmente,

[Firma]

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: *José Alonso Ramírez O.*

CÉDULA: *1053331809.*

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