	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: Politécnico Internacional

Dirección: Avenida Boyacá # 138 - 70

Ciudad: Bogotá DC

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	Bayron Alexis Cárdenas Díaz
Documento de Identidad	1.000.117.798
Título otorgado	Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar de Enfermeria
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	03 de Octubre de 2019 N° 10976
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá DC

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: Bayron Alexis Cárdenas

CEDULA: 1000117798

Powered by CamScanner