

	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., 19 de marzo 2025

Señores: TIMDO Instituto de técnicas integradas múltiples del Occidente

Dirección: Carrera 38 # 4 C 10

Ciudad: Santiago de Cali

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	Denice Valencia Martinez
Documento de Identidad	38888207
Título otorgado	Técnica en Auxiliar de enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Acta No003 del 25 de enero de 2002
Ciudad de expedición del título	Santiago de Cali

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: Denice Valencia EP

NOMBRE DEL COLABORADOR: Denice Valencia Martinez

CEDULA: 98.888.29