Bogotá D.C., 18/03/2025

Señores: SENA

Dirección: SANGIL SANTANDER

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:

Nombres y apellidos	ESTEFANY FLOREZ CUBILLOS
Documento de Identidad	96080511016
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	ACTA #7-26/11/2013
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA D.C

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: ESTEFANY FLOREZ CUBILLOS

CEDULA:1032484115