

	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., 07 de Abril del 2025

Señores: ESCUELA DE SALUD DE BOGOTA

Dirección: Calle 20 B #97B-65, Fontibon

Ciudad: Bogota, Cundinamarca.

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	GENESY DEL VALLE HERNANDEZ GRAZZIANI
Documento de Identidad	C.C. 1140425341
Título otorgado	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	15 DE DICIEMBRE DEL 2023, ACTA NRO.14
Ciudad de expedición del título	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: GENESY DEL VALLE HERNANDEZ GRAZZIANI

CEDULA: 1140425341 de Bucaramanga.