

	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: ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD ESAF

Dirección: Calle 73 # 20a - 52 barrios unidos

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título Técnico en auxiliar de enfermería

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	CYNDY PAOLA DEVIA LARA
Documento de Identidad	1.014.180.238
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	12 DE ABRIL DE 2018 FOLIO 435
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTÁ

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 _

A handwritten signature in black ink on a light green background. The signature is cursive and stylized, starting with a large 'C' and ending with a horizontal line.

NOMBRE DEL COLABORADOR: Cindy Pola Devia Lara

CEDULA: 1.014.180.238

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