Bogotá D.C., NOVIEMBRE 24 DE 2024

Señores: CORPORACION EDUCATIVA ARKOS "U"

Dirección: SOACHA

Ciudad: SOACHA - 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	ESTEBAN ARTURO MALAGON DIAZ
Documento de Identidad	890331-61728
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	DICIEMBRE 10 DE 2004
Ciudad de expedición del titulo	SOACHA – CUNDINAMARCA FOL007 LIB 001

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 Esteban Arturo Malagon Diaz

NOMBRE DEL COLABORADOR: ESTEBAN ARTURO MALAGON DIAZ

CEDULA: 1022356831 BOGOTA DC

Bogotá D.C., NOVIEMBRE 24 DE 2024

Señores: ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA ESAE LTDA

Dirección:AC26SUR # 35 - 15

Ciudad: BOGOTA 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	ESTEBAN ARTURO MALAGON DIAZ
Documento de Identidad	1022356831
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	JULIO 18 DE 2009
Ciudad de expedición del titulo	SOACHA – CUNDINAMARCA FOL007 LIB 001

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 Esteban Arturo Malagon Diaz

NOMBRE DEL COLABORADOR: ESTEBAN ARTURO MALAGON DIAZ

CEDULA: 1022356831 BOGOTA DC