

	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: PREDESALUD

Dirección: Calle 66 # 15-41

Ciudad: BOGOTA

Asunto: Verificación de Título de Técnico 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	YUDI ANDREA ALARCON RODRIGUEZ
Documento de Identidad	1033792795
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	5335
Ciudad de expedición del titulo	10/JUNIO/2017

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

Andrea A

NOMBRE DEL COLABORADOR: YUDI ANDREA ALARCON RODRIGUEZ

CEDULA: 1033792795

	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: INCADE

Dirección: Carrera 78 K #38 B- 28 sur

Ciudad: BOGOTA

Asunto: Verificación de Título de bachiller

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	YUDI ANDREA ALARCON RODRIGUEZ
Documento de Identidad	1033792795
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	017
Ciudad de expedición del titulo	12/DICIEMBRE/2014

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

Andrea A

NOMBRE DEL COLABORADOR: YUDI ANDREA ALARCON RODRIGUEZ

CEDULA: 1033792795