Bogotá D.C., **Noviembre 28 de 2024**

Señores:
CAMPO ALTO ACESALUD LTDA
Dirección:
Calle 65 sur No 77g – 54
Ciudad:
Bogotá D.C.

Asunto: ***Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar***

Respetuoso saludo.

Reciba un cordial saludo,

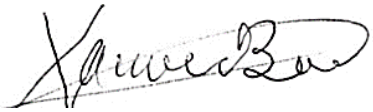
Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título, según se encuentra establecido en la normatividad vigente para los procesos de Habilitación y Acreditación de Prestadores de Servicios de Salud, nos permitimos solicitarles se sirva confirmarnos la expedición, por parte de su institución, del título de grado como Especialista, Profesional, Técnico o Auxiliar, del colaborador/es relacionado/s a continuación:

Nombres y apellidos	YELBERT ALFONSO BARRIOS ACERO
Documento de Identidad	1.019.028.671
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	02/12/2006
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: YELBERT ALFONSO BARRIOS ACERO

CEDULA: **1.019.028.671 DE BOGOTA D.C.**