

	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:
Fundación escuela de capacitación Colombia
Dirección:
Av Caracas # 34 - 48
Ciudad:
Bogotá

Asunto: Verificación de Título Técnico y Auxiliar

Respetuoso 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 Técnico, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	Dana Lorena García Fernández
Documento de Identidad	1003381664
Título otorgado	Técnico laboral en auxiliar de enfermería
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	19/2/2024 – 19/12/2025 Acta N° 52
Ciudad de expedición del título	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 

NOMBRE DEL COLABORADOR: DANA LORENA GARCIA FERNANDEZ

CEDULA: 1003381664