

	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. 14/01/2025

Señores: Instituto Educativo Sagrado Corazón

Dirección: cll 9#5-56

Ciudad: Paz de Ariporo (Casanare)

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:

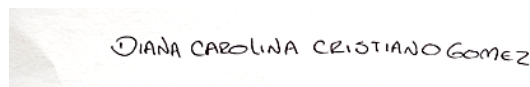
Nombres y apellidos	Diana Carolina Cristiano Gómez
Documento de Identidad	1115852900
Título otorgado	Bachiller Técnico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	02/12/2005 - 001
Ciudad de expedición del título	Paz de Ariporo

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: Diana Carolina Cristiano Gómez

CEDULA:1115852900

	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. 14/01/2025

Señores: INFORTEC

Dirección: CRA 22#74^a-19

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:

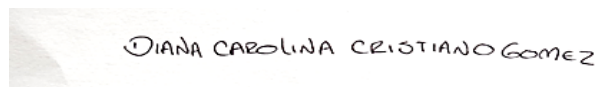
Nombres y apellidos	Diana Carolina Cristiano Gómez
Documento de Identidad	1115852900
Título otorgado	Técnico Laboral por competencias en Auxiliar de Enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	20/01/2020 - 022
Ciudad de expedición del título	Bogotá

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: Diana Carolina Cristiano Gómez

CEDULA:1115852900