	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: (nombre de la institución educativa de postgrado) Colegio María Mercedes Carranza

Dirección: (dirección de la institución educativa) Institución Educativa Distrital Transversal 70 B No. 65-02 Sur
Barrio Ismael Perdomo

Ciudad: (donde realizó la Especialización) 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	<u>Jeimy Nataly Romero Ramirez</u>
Documento de Identidad	<u>1.013.619.290</u>
Título otorgado	<u>Bachiller Académico</u>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<u>No 03 05-12-2008</u>
Ciudad de expedición del título	<u>Bogotá D.C.</u>

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 Jeimy Romero

NOMBRE DEL COLABORADOR: Jeimy Nataly Romero Ramirez

CEDULA:

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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: (nombre de la institución educativa de postgrado) FUNDACIÓN DE SOCORRISTA
DESARROLLO Y ACCIÓN
 Dirección: (dirección de la institución educativa) INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
COLEGIO MARIA MERCEDES CARRANZO
 Ciudad: (donde realizó la Especialización) BOGOTÁ D.C

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

Respetuoso saludo.

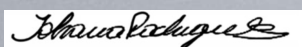
Reciba un cordial saludo,

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	Jeimy Nataly Romero Ramirez
Documento de Identidad	CC 1013619290
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19-06-2010 Acta N° 023
Ciudad de expedición del título	BOGOTÁ 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 Jeimy Romero

NOMBRE DEL COLABORADOR: Jeimy Nataly Romero Ramirez

CEDULA: 1.013.619.290