

	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.28 /04 / 2025

Señores: INSTITUCIÓN

EDUCATIVA AGRICOLA UGUIA

CHOCO

Dirección: UNGUIA CHOCO

Ciudad: UNGUIA CHOCO

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	PAOLA YISETH MURILLO MOSQUERA
Documento de Identidad	1074713681
Título otorgado	BACHILLER AGRICOLA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	023/FOLIO NUMERO/45/NUMERAL 16 /2007
Ciudad de expedición del título	UNGUIA CHOCO

Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA

Director Opera  lento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR: PAOLA YISETH MURILLO

CEDULA:3124938373

	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.28 /04 / 2025

Señores: INSTITUTO INGABO

Dirección: Cl 17 Sur #45 16

Ciudad: BOGOTA

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	PAOLA YIETH MURILLO MOSQUERA
Documento de Identidad	1074713681
Título otorgado	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	16/06/2011-ACTA 38
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo:  'ento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR: PAOLA YIETH MURILLO

CEDULA:3124938373