

	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:
Fumefi S.A.S
Dirección:
CARRERA 10 # 26 SUR 24
Ciudad:
Bogotá

Asunto: Verificación de Título Técnico auxiliar de enfermería

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 auxiliar de enfermería , del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	Viviana Andrea Sánchez guzmán
Documento de Identidad	1233506549
Título otorgado	Técnico auxiliar de enfermería
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	# 6085 02 diciembre 2023
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: Viviana Andrea Sánchez Guzmán

CEDULA: 1233506549