

	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: (COLEGIO COOPERATIVO DE BOSA)

Dirección: (Cl 63 S 80 H-53)

Ciudad: (BOGOTÁ)

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	ERIKA PULIDO CARAZO
Documento de Identidad	1024492758
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	07/12/2007 NUMRO DE ACTA: 047
Ciudad de expedición del título	BOGOTÁ

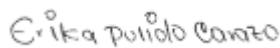
Cordialmente,



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: ERIKA PULIDO CARAZO

CEDULA:1024492758

	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: (PREDESALUD)

Dirección: (Calle 63 Sur No. 77G - 43 (La estación)

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	ERIKA PULIDO CARAZO
Documento de Identidad	1024492758
Título otorgado	TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	12/12/2019 NUMERO DE ACTA: 045
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

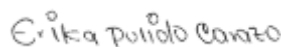
Cordialmente,



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: ERIKA PULIDO CARAZO

CEDULA:1024492758