

	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: (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDIOS SOCIALES FORMACION PARA LA VIDA Y EL TRABAJO _ CEMCA

Dirección: CALLE 38 N° 15-63 Santafé de Bogotá

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto:

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	CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA
Documento de Identidad	52728418
Título otorgado	TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	23 DE NOVIEMBRE DE 2001
Ciudad de expedición del título	BOGOTA D.C 12 DE ENERO DE 2000

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: CAROL ADRIANA GONZALEZ RIVERA

CEDULA: 52728418