Bogotá D.C., 07/09/0025

Señores: ESCUELA DE PROGRAMAS TECNICOS CEDEP

Dirección: AV. CARACAS # 45-00

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	SANDRA MILENA PEREIRA CASTRO
Documento de Identidad	52503615
Título otorgado	AUXILIAR ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22/07/2000 No. 38
Ciudad de expedición del titulo	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 Sandra Pereira

NOMBRE DEL COLABORADOR: SANDRA MILENA PEREIRA CASTRO

CEDULA: 52503615