

	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 Campestre Senderos

Dirección: Cra. 1 #26 - 40

Ciudad: Soacha /Cundinamarca

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	LORENA GUZMAN AYURE
Documento de Identidad	1074810768
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	04/12/2022 ACTA # 17
Ciudad de expedición del título	SOACHA CUNDINAMARCA

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: LORENA GUZMAN AYURE

CEDULA: 1074810768

	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: Fundacion san Mateo

Dirección: Cra. 7 #99

Ciudad: Soacha /Cundinamarca

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	LORENA GUZMAN AYURE
Documento de Identidad	1074810768
Título otorgado	Técnico auxiliar de Enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	07/12/2024 Folio 3 del libro # 5
Ciudad de expedición del título	SOACHA CUNDINAMARCA

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: LORENA GUZMAN AYURE

CEDULA: 1074810768