	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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: CETECO, PEREIRA

Dirección: CARRERA 6 # 22-71

Ciudad: PEREIRA

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Yenifer Alexandra Castaño Granada
<b>Documento de Identidad</b>	1.061.370.579
<b>Título otorgado</b>	Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	20-01-2011      ACTA 01
<b>Ciudad de expedición del título</b>	PEREIRA

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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)




**FIRMA DEL COLABORADOR**

**NOMBRE DEL COLABORADOR: Yenifer Alexandra Castaño Granada**

**CEDULA: 1.061.370.579**

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos. No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada.

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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: Yenifer Alexandra Castaño Granada

Dirección: Kra 12 12 - 09

Ciudad: Viterbo, Caldas

*Asunto: Verificación de Título Bachiller*

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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Yenifer Alexandra Castaño Granada
<b>Documento de Identidad</b>	1.061.370.579
<b>Título otorgado</b>	BACHILLER TECNICO COMERCIAL
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	29-11-2008 ACTA 016
<b>Ciudad de expedición del título</b>	VITERBO, CALDAS

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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR:**

**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Yenifer A Castaño Granada

**CEDULA:** 1.061.370.579

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos  
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada