Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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,

Señores: POLITÉCNICO NACIONAL

Dirección: CARRERA 7 46 63

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	JENNIFER ANDREA RUIZ BARRERA
Documento de Identidad	1024545928
Título otorgado	TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	27 DE AGOSTO 2011/015 LIBRO 03 FOLIO 71
Ciudad de expedición del titulo	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 Jennifer Andrea R

NOMBRE DEL COLABORADOR: JENNIFER ANDREA RUIZ BARRERA

CEDULA: 1024545928

Bogotá,

Señores: COLEGIO SAN BERNARDINO

Dirección: CARRERA 89 C 79 51 SUR

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	JENNIFER ANDREA RUIZ BARRERA
Documento de Identidad	1024545928
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26 DE NOVIEMBRE DEL 2009 FOLIO 96
Ciudad de expedición del titulo	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 Jennifer Andrea R

NOMBRE DEL COLABORADOR: JENNIFER ANDREA RUIZ BARRERA

CEDULA: 1024545928