	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: **Servicio Nacional de Aprendizaje SENA**

Dirección: **KR 5 52 54**

Ciudad: **Cali – Valle del Cauca**


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	Ana María Calderón Cárdenas
Documento de Identidad	1024554585
Título otorgado	Tecnóloga Control Ambiental
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26/06/2015 – No Acta 14576561
Ciudad de expedición del título	Cali

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: **Ana María Calderón Cárdenas**

CEDULA: **1024554585**

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

	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: **Centro Educativo Distrital Calasanz**

Dirección: **KR. 17 77 75 Sur**

Ciudad: **Bogotá D.C**

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	Ana María Calderón Cárdenas
Documento de Identidad	1024554585
Título otorgado	Bachiller
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	30/12/2012 – No Acta. 51100178404
Ciudad de expedición del título	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: 

NOMBRE DEL COLABORADOR: **Ana María Calderón Cárdenas**

CEDULA: **1024554585**

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