Bogotá D.C.,

Señores: ASOCIACIÓN ALIANZA EDUCATIVA COLEGIO ARGELIA

Dirección: Cl. 63 Sur #81A-30, Bosa

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	Fabián Almanza Beltrán
Documento de Identidad	1012397363
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	REGISTRO 01. FOLIO.22 DEL 16 DE ABRIL 2010
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 Fabian Almanza Beltran

NOMBRE DEL COLABORADOR: FABIÁN ALMANZA BELTRAN

CEDULA:1012397363

Bogotá D.C.,

Señores: CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Dirección: Carrera 22 #21a-24.

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	Fabián Almanza Beltrán
Documento de Identidad	1012397363
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	ACTA 66, FOLIO N. 6753-231-6753-A02
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 Fabian Almanza Beltran

NOMBRE DEL COLABORADOR: FABIÁN ALMANZA BELTRAN

CEDULA: 1012397363