

 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 D.C.,

Señores: (Colocar datos de la institución educativa) *Escuela de Salud Sanpedro Claver*

Dirección: *calle 34 # 16 - 49*

Ciudad: *Bogotá D.C.*

Asunto: *Verificación de títulos*

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	<i>Wilmar Alfredo Burbano pejendino</i>
Documento de Identidad	<i>1032407414</i>
Título otorgado	<i>Tecnico Auxiliar de Enfermería</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<i>18-12-2008 acta libro # 01 Folio 77</i>
Ciudad de expedición del título	<i>Bogotá D.C.</i>

Cordialmente,

[Firma manuscrita]

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:

[Firma manuscrita]

NOMBRE DEL COLABORADOR: *Wilmar Alfredo Burbano pejendino*

CEDULA: *1032407414*