

	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: Corporación Técnica Empresarial para EL Trabajo

Dirección: calle 9 # 84-24

Ciudad: La Mesa Cundinamarca

Asunto: Verificación de Títulos

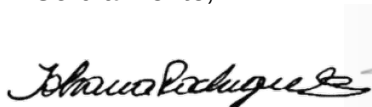
Respetuoso saludo.

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	Oscar Javier Vargas Fonseca
Documento de Identidad	80810083
Título otorgado	Auxiliar de Enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	08 de julio de 2017 N 68
Ciudad de expedición del título	La Mesa Cundinamarca

Cordialmente,



NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo - Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

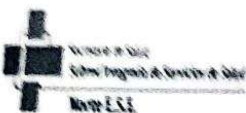
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR:



NOMBRE DEL COLABORADOR: OSCAR JAVIER VARGAS FONSECA

CEDULA: 80810083

	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: *Carlos Torres Rueda Vargas*

Dirección: *Carrera 98 # 2-32*

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	<i>Dr. Javier Vargas Fonseca</i>
Documento de Identidad	<i>80810083</i>
Título otorgado	<i>Profesional Técnico Comunal</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<i>05/12/2004 840819-04787</i>
Ciudad de expedición del título	<i>Bogotá</i>

Cordialmente,

Manuela Rodríguez

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:

CEDULA: *80810083*