

	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: AREANDINA

Dirección: CALLE 43 N° 57-14

Ciudad: BOGOTA

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULO ESPECIALISTA, PROFESIONAL, TECNICO O 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	KELLYS JOHANA PEREZ DIAZ
Documento de Identidad	1066514262
Título otorgado	ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22-JULIO-2024- ACTA: 1013
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:

NOMBRE DEL COLABORADOR: KELLYS JOHANA PEREZ DIAZ
CEDULA:1066514262