Bogotá D.C., 01 OCTUBRE DE 2025

Señores: CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Dirección: CALLE 42F SUR 71 F 61

Ciudad: Bogotá

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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	JEISSON RAUL DURAN RODRIGUEZ
Documento de Identidad	1033756827
Titulo otorgado	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	1839 15/12/2018
Ciudad de expedición del titulo	LA MESA CUNDIMARCA

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:JEISSON RAUL DURAN RODRIGUEZ

CEDULA: 1033756827

Powered by CamScanner