Bogotá D.C.,

Señores: Escuela De Fonaciones Técnicas “Formates”

Dirección: Tv. 126b #135-10

Ciudad: Bogotá

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

Respetuoso saludo.

Reciba un cordial saludo,

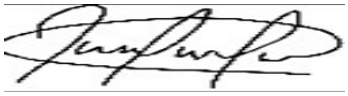
Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título, según se encuentra establecido en la normatividad vigente para los procesos de Habilitación y Acreditación de Prestadores de Servicios de Salud, nos permitimos solicitarles se sirva confirmarnos la expedición, por parte de su institución, del título de grado como Especialista, Profesional, Técnico o Auxiliar, del colaborador/es relacionado/s a continuación:

Nombres y apellidos	LADY JOHANA CAMACHO MONTAÑO
Documento de Identidad	1019125210
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	10 JULIO DEL 2015
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTÁ

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: LADY JOHANA CAMACHO MONTAÑO

CEDULA: 1019125210

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada