Bogotá D.C.,

Señores: ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER

Dirección: Carrera 4ª # 33-65

Ciudad: IBAGUE

*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** | Andrea del Pilar Rangel Henao |
| **Documento de Identidad** | 65632012 |
| **Título otorgado** | Tecnico en Auxiliar de Enfermeria |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 29-09-2007 acta 6 |
| **Ciudad de expedición del titulo** | IBAGUE-TOLIMA |

*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: ANDREA DEL PILAR RANGEL HENAO***

***CEDULA: 65632012 DE IBAGUE***