Bogotá D.C.,

Señores: PredeSalud.

Dirección: Carrera 4 Este No. 40a - 34 Sur

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	Antonny Rafael Caldera Medina
Documento de Identidad	PPT 1079521
Título otorgado	Auxiliar en enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	09/Diciembre/2023
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: Antonny Rafael Caldera Medina.

CEDULA: 1079521