

	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:

FundetSalud

Dirección: calle 72 sur N°13 A 10

Ciudad: Bogotá D.C

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	Maria Alexandra Paez Padilla
Documento de Identidad	CC: <u>1.010.143.509</u>
Título otorgado	Técnico Laboral Por Competencias En Auxiliar En Enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	13 diciembre del 2020 Folio No.21 libro 01
Ciudad de expedición del título	Bogotá D.C

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:

Alexandra Paez

NOMBRE DEL COLABORADOR:

Maria Alexandra Paez Padilla

CEDULA: 1.010.143.509