

	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: CORPORACIÓN DE ESTUDIOS EN ADMINISTRACIÓN Y SALUD.

Dirección: Cl. 5 #5-21

Ciudad: LA MESA, CUNDINAMARCA

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	JEISON EDUARDO FORERO GUTIERREZ
Documento de Identidad	1072429866
Título otorgado	TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19/12/2013 – ACTA DE GRADO 028
Ciudad de expedición del título	LA MESA, CUNDINAMARCA.

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: : JEISON EDUARDO FORERO GUTIERREZ

CEDULA: 1072429866 LA MESA