Bogotá D.C.,

Señores:CAMPOALTO ACESALUD S.A.S

Dirección: n/a

Ciudad: Bogotá

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS
Respetuoso saludo.

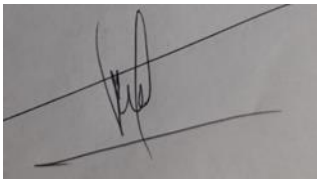
Reciba un cordial saludo,

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	FRANCICO LUIS ORTIZ VIVAS
Documento de identidad	79393459
Título otorgado	TEC. LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXLIAR EN ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	30/06/2023 / 162 LIBRO 15 32923
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

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: FRANCISCO LUIS ORTIZ VIVAS

CEDULA: 79393459

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