

	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: Colegio departamental Simon Bolivar

Dirección: Buenavista (sucue)

Ciudad: Sincelejo

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	Liliana Margareth castillo z
Documento de Identidad	1020722249
Título otorgado	Bachiller
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	29-01-1981-1110-14 Folio 60
Ciudad de expedición del título	Jorica cordoba

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 Liliana Castillo Zambiano

NOMBRE DEL COLABORADOR: Liliana castillo zambiano

CEDULA: 1020722249

	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: **PREDESALUD**

Dirección: **Carrera 78K 40B-56 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	Lidiana Margaretta castillo zambano
Documento de Identidad	1020722249
Título otorgado	Técnico Aux. de enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	11-12-2021 N° 092
Ciudad de expedición del título	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 **Lidiana Castillo Zambano**

NOMBRE DEL COLABORADOR: **Lidiana Castillo Zambano**

CEDULA: **1020722249**