	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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: institución educativa técnico agroindustrial san Luis robles

Dirección: kr 7 12ª 108

Ciudad: Tumaco Nariño

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	ROSA NAY VIERA CORTES
<b>Documento de Identidad</b>	1087123902
<b>Título otorgado</b>	BACHILLER TECNICO AGROINDUSTRIAL
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	12/12/2009 ACTA 004
<b>Ciudad de expedición del título</b>	TUMACO NARIÑO

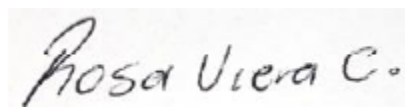
*Cordialmente,*



**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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR: ROSA NAY VIERA CORTES**

**CEDULA: 1087123902**

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Ciudad:

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	<b>ROSA NAY VIERA CORTES,</b>
<b>Documento de Identidad</b>	<b>1.087.123.902</b>
<b>Título otorgado</b>	Tecnólogo en control ambiental
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	5 de febrero 2013 REGISTRO 2489058
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Antioquia

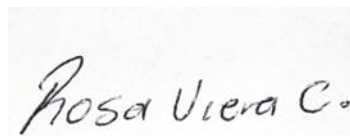
Cordialmente,



**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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR,**



**NOMBRE DEL COLABORADOR: ROSA NAY VIERA CORTES**

**CEDULA: 1.087.123.902**