Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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 Distrital Estrella Del Sur IED

Dirección: Cra 18D Nº 73 - 50 Sur

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título bachiller académico

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	NATALI ESPERANZA AVILA RODRIGUEZ
Documento de Identidad	1.000.988.958
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	11/12/2017 - 28
Ciudad de expedición del titulo	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 _NATALI ESPERANZA AVILA RODRIGUEZ

NOMBRE DEL COLABORADOR: Natali Esperanza Avila Rodriguez

CEDULA: 1.000.988.958

Bogotá D.C.,

Señores: INGABO

Dirección: Avenida Caracas # 65-27, Bogotá

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	NATALI ESPERANZA AVILA RODRIGUEZ
Documento de Identidad	1.000.988.958
Título otorgado	AUXILIAR EN SALUD ORAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	18 de diciembre del 2020 N° 42
Ciudad de expedición del titulo	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 _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: NATALI ESPERANZA AVILA

RODRIGUEZ

CEDULA: 1.000.988.958