Bogotá D.C.,

Señores: CAMPOALTO

Dirección: Cra. 103d #136-3

Ciudad: BOGOTA DC

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	Leidy Rosalba Caviedes forero
Documento de Identidad	1.023.929.292
Título otorgado	Auxiliar de enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	13 de diciembre de 2019
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D.C.

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 Leidy Caviedes f.

NOMBRE DEL COLABORADOR: Leidy Rosalba Caviedes Forero

CEDULA: 1023929292