

	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: Fundación de Socorristas Desarrollo y Acción "FUSDESA"

Dirección: Calle 15 No.16-83 sur

Ciudad: Bogotá 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	Deisy Johanna Ardila Vargas
Documento de Identidad	CC. 1.030.563.980
Título otorgado	Auxiliar de enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	27 de junio de 2009/ No.8426
Ciudad de expedición del título	Bogotá DC.

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: Deisy Johanna Ardila Vargas

CEDULA: 1.030.563.980

	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: Instituto Politécnico “José Celestino Mutis”

Dirección: Av. Boyacá, C. 35 Sur #37

Ciudad: Bogotá 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	Deisy Johanna Ardila Vargas
Documento de Identidad	CC. 1.030.563.980
Título otorgado	Bachiller académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	09 de agosto de 2008/ Folio 020. Acta No.007
Ciudad de expedición del título	Bogotá DC.

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: Deisy Johanna Ardila Vargas

CEDULA: 1.030.563.980