

	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 Maria Mercedes Carranza

Dirección: Transversal 70 E # 65-02 - Sur

Ciudad: Bogotá D.C

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	<u>JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ</u>
Documento de Identidad	<u>1.013.619.290</u>
Título otorgado	<u>BACHILLER ACADEMICO</u>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<u>05/12/2008 Acta No 03</u>
Ciudad de expedición del título	<u>Bogotá D.C</u>

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 Jeimy Romero

NOMBRE DEL COLABORADOR: JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ

CEDULA: 1.013.619.290

	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: **FUSDESA fundación de socorristas desarrollo y acción**

Dirección: **calle 15 sur # 16-83**

Ciudad: **Bogotá D.C**

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	JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ
Documento de Identidad	1.013.619.290
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19/06/2010 Acta No 023
Ciudad de expedición del título	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 **Jeimy Romero**

NOMBRE DEL COLABORADOR: **JEIMY NATALY ROMERO RAMIREZ**

CEDULA: **1.013.619.290**