

	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.,

Señore: **CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO**

Dirección: BOGOTA

Ciudad: BOGOTA

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULO ESPECIALISTA, PROFESIONAL, TECNICO O 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	LAURA VALENTINA PALACIOS AYALA
Documento de Identidad	1021670112
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	24-JUN-2023.ACTA 5740
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

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: Laura Palacios A.

NOMBRE DEL COLABORADOR: LAURA VALENTINA PALACIOS AYALA

CEDULA: 1021670112