

	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:

~~Nombre de la institución donde se realizó el estudio a verificar~~
Fundación la sociedad del desarrollo

Dirección:

~~Dirección de la institución donde se realizó el estudio a verificar~~
Calle Sur # 16 - 83

Ciudad:

~~Ciudad de la institución donde realizó los estudios a verificar~~
bogotá

Asunto: Verificación de Título ~~Especialista en enfermería~~
técnico auxiliar de enfermería

Respetuoso 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 relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	Cristian Fernando Vasquez
Documento de Identidad	1023415398
Título otorgado	técnico auxiliar de enfermería
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	09/07/2016 15683
Ciudad de expedición del título	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 **Cristian Fernando Vasquez Ojeda**

NOMBRE DEL COLABORADOR: **Cristian Fernando Vasquez**

CEDULA: