Bogotá D.C.,

Señores: Subredsur de Secretaria de Salud Norte E.S.E

Dirección: Calle 8c #87b-75

Ciudad: Bogota D.C

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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	Heidy Yiseth Rosado Daza
Documento de Identidad	1005911199
Título otorgado	Tecnico en Ciencias de la Salud
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	27/11/2020 / 023366
Ciudad de expedición del titulo	Bogota 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: 

NOMBRE DEL COLABORADOR: Heidy Yiseth Rosado Daza

CEDULA: 1005911199