Bogotá D.C.,

Señores: CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Dirección: Calle 42 F Sur # 78 F - 61

Ciudad: BOGOTA

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	MAGNOLIA ASTRID CAMARGO MARTÍNEZ
Documento de Identidad	1032356187
Título otorgado	TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	15 DE DICIEMBRE 2018
Ciudad de expedición del titulo	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: MAGNOLIA CAMARGO

NOMBRE DEL COLABORADOR: MAGNOLIA ASTRID CAMARGO MARTÍNEZ

CEDULA: 1032356187