Bogotá D.C.,

Señores: Corporación Instituto De Formación Tecnológica Daniel Guillard

Dirección: Cl .6 12 34

Ciudad: Cali

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico 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	LORENA OROBIO PALACIOS
Documento de Identidad	1087193559
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	20/12/2013 – No .010
Ciudad de expedición del titulo	20/12/2013 – No .010

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: LORENA OROBIO PALACIOS

CEDULA: 1087193559

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada