Bogotá D.C.,

Señores: Guillermo Cano Isaza)

Dirección: (Carrera 16c # 52-35 sur Bogotá D.C.)

Ciudad: (Bogotá D.C.)

Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y 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	ANGELA PATRICIA ALDANA MARULANDA
Documento de Identidad	88112257899
Título otorgado	BACHILLERATO ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	11/11/2005 / 48 /051 ACTA
Ciudad de expedición del titulo	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 _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: ANGELA PATRICIA ALDANA

CEDULA: 1121852500

Scanned with CamScanner

Bogotá D.C.,

Señores: (Fundación Educación San Juan de Dios)

Dirección: (Avenida calle 22 sur 18-38 Restrepo. Bogotá D.C.)

Ciudad: (Bogotá D.C.)

Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y 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	ANGELA PATRICIA ALDANA MARULANDA
Documento de Identidad	1121852500
Título otorgado	AUXLIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22/07/2026 ACTA No 016
Ciudad de expedición del titulo	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 _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: ANGELA PATRICIA ALDANA

CEDULA: 1121852500

Scanned with CamScanner