| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **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: Universidad Distrital Francisco José de Caldas

Dirección: Calle 52 Sur # 92A - 45

Ciudad: Bogotá

*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** | Valentina Vecino Navaro |
| **Documento de Identidad** | CC 1001295733 |
| **Título otorgado** | Tecnologa en saneamiento ambiental |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 29/09/2023 -.16342 |
| **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** 

**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Valentina Vecino Navarro

**CEDULA:** CC 1001295733

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

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **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:Colegio Minuto de Dios - Ciudad Verde

Dirección: Calle 38 No. 31 - 141

Ciudad: Soacha, Cundinamarca

*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** | Valentina Vecino Navaro |
| **Documento de Identidad** | CC 1001295733 |
| **Título otorgado** | Bachiller Academico |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 27/11/2017 - 04 |
| **Ciudad de expedición del título** | Soacha, Cundinamarca |

*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:** Valentina Vecino Navarro

**CEDULA:** CC 1001295733

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