Bogotá D.C.,

Señore:**LA ESCUELA DE ADMINISTRACION Y FORMACION EN SALUD ESAF**

Dirección:BOGOTA

Ciudad:BOGOTA

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULO ESPECIALISTA,PROFESIONAL,TECNICO O AUXILIAR

Respetuoso saludo.

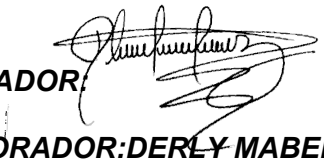
Reciba un cordial saludo,

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	DERLY MABEL BENAVIDES
Documento de Identidad	52734557
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	27-SEP-2019.ACTA 1328
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:

NOMBRE DEL COLABORADOR:DERLY MABEL BENAVIDES

CEDULA:52734557