

	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: SENA

Dirección: KR 8 56 19

Ciudad: MANZANARES CALDAS

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	IVAN ANDRES GOMEZ MONTES
Documento de Identidad	CC 1007232686
Título otorgado	TÉCNICO EN SISTEMAS
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	28/11/2027 N 34888914
Ciudad de expedición del título	MANZANARES

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

Ivan Andres G

FIRMA DEL COLABORADOR _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: IVÁN ANDRÉS GÓMEZ

CEDULA: CC 1007232686