	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 Nacional de Colombia

Dirección: AV Cra 30 #45-3

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 titulo, 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	Yeni Daniela Bello Morales
Documento de Identidad	CC 1015474607
Título otorgado	Especialista en Administración en salud pública
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	09 de abril de 2024
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D.C.

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: Yeni Daniela Bello Morales

CEDULA: 1015474607

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