Bogotá D.C., 11/12/2024
Señores: Corporación Unificada Nacional de Educación Superior - CUN
Dirección: CL 12b 4 79
Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título Técnica Profesional en Cine, Tv y Video

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	Mauricio Salas Ángel
Documento de Identidad	CC 80926049
Título otorgado	Técnico Profesional En Medios Audiovisuales
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	30/11/2017 – 43558
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 Mauricio SalasAngel.

NOMBRE DEL COLABORADOR: Mauricio Salas Ángel

CEDULA: 80926049

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., 11/12/2024
Señores: ColegiO Jorge Eliecer Gaitan
Dirección: Calle 66ª 43 25
Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título Bachiller Académico

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	Mauricio Salas Ángel
Documento de Identidad	TI 85060634845
Título otorgado	Bachiller académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	30/11/2002
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 Mauricio SalasAngel.

NOMBRE DEL COLABORADOR: Mauricio Salas Ángel

CEDULA: 80926049

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