

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 28-11-2024

Señores: Universidad del Tolima

Dirección: calle 72 # 20-45.

Ciudad: Ibagué Tolima

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	Yurais Del Carmen Ayala Barrios
Documento de Identidad	1067090666
Título otorgado	Tecnologo Regente de farmacia
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	1/10/2024 / Acta # 81
Ciudad de expedición del título	Bogotá DC

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 Yurais Ayala Barrios

NOMBRE DEL COLABORADOR: Yurais Ayala

CEDULA: 1067090666