

 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., 28 Noviembre 2024

Señores: Universidad del Tolima.

Dirección: Calle 42 #1 Ibagué Tolima

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	Miryán Lucía Acosta Beltrán
Documento de Identidad	52372764
Título otorgado	Regente de Farmacia
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19 Junio 2020 N. 66
Ciudad de expedición del título	Ibagué Tolima.

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: Miryán Lucía Acosta Beltrán

CEDULA: 52372.764

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