

	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.,

Señores: *Universidad Nacional de Colombia*

Dirección: *Cra 45 # 26-85.*

Ciudad: *Bogotá D.C.*

Asunto: Verificación de Título Especialista en Medicina Interna

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	<i>John Rafael Castro Lara</i>
Documento de Identidad	<i>cc # 79'053.213</i>
Título otorgado	<i>Especialista en Medicina Interna</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<i>13-04-2000. acta # 102</i>
Ciudad de expedición del título	<i>Bogotá</i>

Cordialmente,

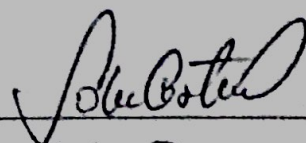
NOMBRE Y FIRMA

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: *John Rafael Castro Lara*

CEDULA: *79053213*