

	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., Diciembre 02 de 2024

Señores: Corporación Universitaria Minuto de Dios

Dirección: Carrera 73 a # 81 b 70

Ciudad: Bogotá D.C.

Asunto: Verificación de Título Profesional

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 Profesional del colaborador/es relacionado/s a continuación:

Nombres y apellidos	María Camila Rodríguez Bernal
Documento de Identidad	1012383819
Título otorgado	Administradora de Empresas
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	24/04/2024 – Acta de grado No. 063
Ciudad de expedición del título	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: María Camila Rodríguez Bernal

CEDULA: 1012383819