

	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 6
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 24-11-2024

Señores: CENTRO EDUCATIVO BOLIVARIANO

Dirección: TV 92 BIS # 129 CSI

Ciudad: Bogotá

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	Martha Herrera Gutierrez
Documento de Identidad	1051474050
Título otorgado	Bachiller academico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	10/12/2008 - 098319
Ciudad de expedición del título	Bogota 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 

NOMBRE DEL COLABORADOR: Martha Herrera Gutierrez

CEDULA: 1051474050

 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 6
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 24-11-2024

Señores: Corporación Educativa Humanar .

Dirección: Calle 60 No 9 A 31

Ciudad: Bogotá DC

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	Martha Herrera Gutierrez
Documento de Identidad	1051474050
Título otorgado	Auxiliar administrativo en salud
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	10-12-2014 - 0027
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



NOMBRE DEL COLABORADOR:

Martha Herrera Gutierrez

CEDULA:

1051474050