

	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., 28/11/2024

Señores: Universidad Nacional de Colombia

Dirección: Ave Cra 30 #45 - 3

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto: Verificación de título de especialista en psiquiatría

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 de especialista en psiquiatría, de la colaboradora relacionada a continuación:

Nombres y apellidos	Carmen Liliana Lerma Córdoba
Documento de Identidad	1017180200
Título otorgado	Médica especialista en psiquiatría
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	30/05/2024 / Acta de grado número 004168
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

Carmen L. Lerma C.

NOMBRE DEL COLABORADOR: Carmen Liliana Lerma Córdoba

CEDULA: 1017180200