

	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., 29/11/2024

Señores: **UNIVERSIDAD DEL SINU ELIAS BECHARA ZAINUM seccional Cartagena**

Dirección: Tv. 54 #41-117

Ciudad: Cartagena

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	JUNAR PATRICIA RENTERIA ORTIZ	
Documento de Identidad	CC 1047450832	
Título otorgado	MEDICO GENERAL	
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	16/08/2018	
Ciudad de expedición del título	CARTAGENA	

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: __JUNAR PATRICIA RENTERIA ORTIZ__

CEDULA: 1047450832