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.,

Señores: Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E

Dirección: Gestion del Talento Humano

Ciudad: Bogota

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	Dennyl Camila Mendez Calvo
Documento de Identidad	1031167419
Título otorgado	Medico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	06-04-2020
Ciudad de expedición del titulo	Bogota D.C

Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA
Director Operativo - Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E."
Correo Electrónico: verificacionde ltitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR Dennyl Mendez

NOMBRE DEL COLABORADOR: Dennyl Camila Mendez Calvo

CEDULA: 1031167419