Bogotá D.C. 26 de Noviembre de 2024

SEÑORES: FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN: CR 54 # 67 A - 80
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	JUAN CARLOS BARRIOS MENDEZ
Documento de Identidad	80135967
Título otorgado	ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14/08/20215 – No. 136
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

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: JUAN CARLOS BARRIOS MENDEZ
80135967