

	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.,

Señores: UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

Dirección: CALLE 42 CON 2da BARRIO SANTA HELENA PARTE ALTA

Ciudad: IBAGUE

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	Gisell Brighth Buesaquillo Muñoz
Documento de Identidad	CC 1016019949
Título otorgado	REGENTE DE FARMACIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22 -SEP -2018 N° 97082
Ciudad de expedición del título	Ibagué

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 Gisell B.

NOMBRE DEL COLABORADOR: GISELL BUESAQUILLO MUÑOZ

CEDULA: 1016019949