

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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 El Bosque

Dirección: Av. Cra 9 # 131 A - 02

Ciudad: Bogotá D.C.

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Leidy Tatiana Loaiza Gómez
<b>Documento de Identidad</b>	1.014.301.330
<b>Título otorgado</b>	Médico cirujano
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	21/12/2022 – Acta No. 31778
<b>Ciudad de expedición del título</b>	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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)



FIRMA DEL COLABORADOR \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL COLABORADOR: Leidy Tatiana Loaiza Gómez**

**CEDULA: 1.014.301.330**