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 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 25/11/2024

Señores: MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Dirección: CALLE 43 # 57-14

Ciudad: BOGOTA 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:

Nombres y apellidos	KATIA IRINA RODRIGUEZ USSA
Documento de Identidad	CC 1.026.265.547
Título otorgado	DOCTORA EN MEDICINA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	17 OCTUBRE 2012 CIUDAD DE LA HABANA CUBA ACTA DE CONVALIDACION 15087 EL 12 SEPTIEMBRE 2014- BOGOTA COLOMBIA
Ciudad de expedición del titulo	CIUDAD DE LA HABANA - CUBA

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: __KATIA IRINA RODRIGUEZ USSA _____

CEDULA: 1.026.265.547