

	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE 6
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: I.T.C.A

Dirección: Cra 92 # 178A-82

Ciudad: Bogotá

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	<u>Sergio Mora Tensaro</u>
Documento de Identidad	<u>106201926</u>
Título otorgado	<u>Bachiller</u>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<u>920401 - 57044 Bogotá</u>
Ciudad de expedición del título	<u>Bogotá</u>

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: Sergio Mora Tensaro

CEDULA: 106201926