

	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 de la Sabana

Dirección: Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte de Bogotá.

Ciudad: Chía

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	Gabriela García Zárate
Documento de Identidad	CC 1020833160
Título otorgado	Médico general
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	12/12/2023 - No. 2533
Ciudad de expedición del título	Chía

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 Gabriela García Zárate

NOMBRE DEL COLABORADOR: Gabriela García Zárate

CEDULA: 1020833160

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos
 No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada