

	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 2
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: UNIVERSIDAD DEL BOSQUE

Dirección: Ak 9 #131a-2

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	HEIDY VANESSA RODRIGUEZ BECERRA
Documento de Identidad	1010228836
Título otorgado	MEDICO CIRUJANO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26 JULIO 2022 Acta No 1244 Y ACUERDO NO. 17346
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

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: HEIDY VANESSA RODRIGUEZ BECERRA

	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: 2 DE 2
		FECHA: 20/08/2024

CEDULA: 1010228836