

	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: Ingabo

Dirección: CI 17 Sur #45 16

Ciudad: Bogotá D.C.

Asunto: Verificación de Título Técnico

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	Angela Liliana Romero Corrales
Documento de Identidad	1.033.808.598
Título otorgado	<i>Técnico Laboral en Recursos Humanos</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26 de agosto de 2016
Ciudad de expedición del título	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

FIRMA DEL COLABORADOR Angela Romero

NOMBRE DEL COLABORADOR: Angela Liliana Romero Corrales

CEDULA: 1.033.808.598