

	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., 06/12/2024

Señores: FUNDACION UNIVERSATIRA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Dirección: CRA 54 67 A 80

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	DANIELA FERRO MARTINEZ
Documento de Identidad	1020830411
Título otorgado	MEDICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21-12-2021 ACTA NO. 089
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA

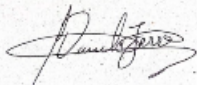
Director Operativo - Gestión del Talento Humano

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

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

 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: 2 DE 2
		FECHA: 20/08/2024

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co



FIRMA DEL COLABORADOR

NOMBRE DEL COLABORADOR: DANIELA FERRO MARTINEZ

CEDULA: 1020830411