

	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., 29/01/2025

Señores: (nombre de la institución educativa de postgrado) *Institucion Educativa Astrol*
Hancelita Sienz

Dirección: (dirección de la institución educativa) *Carrera 3 Este No 18-76 Sur*

Ciudad: (donde realizó la Especialización) *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	<i>Angelica Sanchez Cubides</i>
Documento de Identidad	<i>T.I. 88071250355</i>
Título otorgado	<i>Bachiller en Ciencias</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<i>1-12-2005 Acta No. 032</i>
Ciudad de expedición del título	<i>Bogotá.</i>

Cordialmente,

[Firma manuscrita]

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 *[Firma manuscrita]*

NOMBRE DEL COLABORADOR: *Angelica Sanchez Cubides*

CEDULA: *1044193392*