

	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: (nombre de la institución educativa de postgrado)

Dirección: (dirección de la institución educativa)

Ciudad: (donde realizó la Especialización)

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	Diego Alejandro Baquero Sucunchoque
Documento de Identidad	1233504893
Título otorgado	Tecnologo en Saneamiento Ambiental
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	29/09/2023 ACTA 16317
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 Diego Baquero

NOMBRE DEL COLABORADOR: Diego Alejandro Baquero Sucunchoque

CEDULA: 1233504893