

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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 :COLEGIO DISTRITAL MARCO FIDEL SUAREZ

Dirección: CLL 25 SUR # 52C-42

Ciudad: BOGOTA D.C

Asunto:**VERIFICACION DE TITULO ESPECIALIDAD**

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	WILMER CABEZAS MORENO
<b>Documento de Identidad</b>	1.033.692.406
<b>Título otorgado</b>	BACHILLER ACADEMICO
<b>Fecha del diploma y/o Acta – N° de Acta</b>	01-12-2004 N° 046
<b>Ciudad de expedición del titulo</b>	BOGOTA 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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR WILMER CABEZAS MORENO

CÉDULA: 1.033.692.406