

	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:

Universidad Nacional de Colombia

Dirección:

Carrera 45 26-85, Bogotá, Distrito Capital

Ciudad:

Bogotá DC

Asunto: Verificación de Título Profesional Médico cirujana

Respetuoso 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 Profesional Médico cirujana, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	Gisell Yamile Olmos Leguizamo
Documento de Identidad	1010175059
Título otorgado	Medico Cirujana
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	18 de diciembre de 2013 /21 de noviembre del 2013, Acta No. 2364
Ciudad de expedición del título	Bogotá DC

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

NOMBRE DEL COLABORADOR: Gisell Yamile Olmos Leguizamo

CEDULA: 1010175059