

	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: FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA DE CIENCIAS
DE LA SALUD- FUCS

Dirección: Carrera 52 No 67 A-71

Ciudad: BOGOTA

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	ANGIE JULYETH SANABRIA CRUZ
Documento de Identidad	1018479704
Título otorgado	MEDICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	08/02/2018 FOLIO # 070 ACTA 057
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." Correo Electrónico:

verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co



FIRMA DEL COLABORADOR

NOMBRE DEL COLABORADOR: ANGIE JULYETH SANABRIA CRUZ

CEDULA: 3103197738

	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: FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA DE CIENCIAS
DE LA SALUD- FUCS

Dirección: Carrera 52 No 67 A
71

Ciudad: BOGOTA

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:

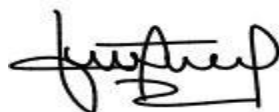
Nombres y apellidos	ANGIE JULYETH SANABRIA CRUZ
Documento de Identidad	1018479704
Título otorgado	ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	20/08/2021 FOLIO # 063-064-065 ACTA 228
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

Cordialmente,



NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo - Gestión del Talento Humano Subred Integrada
de Servicios de Salud Norte E.S.E." Correo Electrónico:
verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co



FIRMA DEL COLABORADOR

NOMBRE DEL COLABORADOR: ANGIE JULYETH SANABRIA CRUZ

CEDULA: 3103197738

