

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	CÓDIGO AP-TH.F-147
		VERSION 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., 31-07-2025

Señores: (nombre de la institución educativa de postgrado) *Universidad Los Libertadores*

Dirección: (dirección de la institución educativa) *Cra 16 # 63 A 68*

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>Jimmy Damaris Camacho Vargas</i>
Documento de Identidad	<i>cc 52443018</i>
Título otorgado	<i>Psicóloga</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<i>12-Marzo-2012 ACTA No 74784</i>
Ciudad de expedición del título	<i>Bogotá</i>

Cordialmente,

*Alma Rodríguez*

**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:

CEDULA:

*52443018 Bk*

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	<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 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 31-07-2023

Señores: (nombre de la institución educativa de postgrado) Universidad San Buenaventura

Dirección: (dirección de la institución educativa) Cra 8H # 172 - 20

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	<u>Jimmy Damaris Camacho Uscop</u>
Documento de Identidad	<u>52 443018</u>
Título otorgado	<u>Esp. Neuropsicología Clínica</u>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<u>2p- 2020.</u> ACTA No 20200901
Ciudad de expedición del título	<u>Bogotá</u>

Cordialmente,

Manuela Rodríguez

#### 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: Jimmy Damaris Camacho U.

NOMBRE DEL COLABORADOR: Jimmy Damaris Camacho U.

CEDULA: 52 443018