

	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: (Colocar datos de la institución educativa) **SENA**

Dirección: **Cra. 6 # 45-42**

Ciudad: **Bogotá D.C.**

Asunto:

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	Estefania Perez Guerra
Documento de Identidad	1023911348
Título otorgado	Regente de farmacia
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14- Mayo- 2024
Ciudad de expedición del título	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

FIRMA DEL COLABORADOR: Estefania Perez Guerra

NOMBRE DEL COLABORADOR: Estefania Perez Guerra

CEDULA: 1023911348 Bogotá D.C.