


| | | |
|---|--|---------------------|
|  | 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: I.E.D Garces Navas

Dirección: CRA 104^a # 76b 09

Ciudad: Bogota

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 | JOSE DAVID ORTIZ HERNANDEZ |
| Documento de Identidad | 1014215330 |
| Título otorgado | BACHILLER ACADEMICO |
| Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta | 04/12/2009 N°08 |
| Ciudad de expedición del título | BOGOTA |

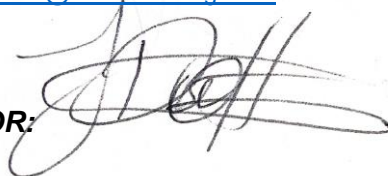
Cordialmente,



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: JOSE DAVID ORTIZ HERNANDEZ

CEDULA: 1014215330