Bogotá D.C.,

Señores: Universidad Católica de Colombia

Dirección: KR 13 47- 40

Ciudad: 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	ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA
Documento de Identidad	1015405918
Título otorgado	ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26/09/2014 No acta 334 PSE 2014
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA 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: ELISA CAROLINA VARGAS F

CEDULA: 1015405918

Bogotá D.C.,

Señores: Universidad Manuela Beltrán

Dirección: KR 1 60 - 00

Ciudad: 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	ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA
Documento de Identidad	1015405918
Título otorgado	PSICOLOGA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	07/05/2010 No acta 141
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA 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: ELISA CAROLINA VARGAS F

CEDULA: 1015405918