

	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: UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

Dirección: DG 21·N 29-56 BARRIO SABANAS DEL VALLE

Ciudad: VALLEDUPAR CESAR

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:	JOSE YESID MECON SALCEDO
Documento de Identidad:	79822780
Título otorgado:	ENFERMERO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta:	30/06/2023
Ciudad de expedición del titulo:	VALLEDUPAR CESAR

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 YESID MECON SALCEDO

CEDULA: 79822780