Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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 INCCA DE COLOMBIA)

Dirección: (CARRERA 13 24 15)

Ciudad: (BOGOTÀ)

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	ERIKA PULIDO CARAZO
Documento de Identidad	1024492758
Título otorgado	PSICOLOGA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	05/11/2016 -NUMERO DE ACTA 0391
Ciudad de expedición del titulo	05 DE NOVIEMBRE DE 2016.

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

Erika Pulido Carazo

FIRMA DEL COLABORADOR _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: ERIKA PULIDO CARAZO

CEDULA:1024492758