

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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 Nacional de Colombia

Dirección: Carrera 45 # 26-8

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título Profesional

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 Profesional del colaborador relacionado a continuación:

<b>Nombres y apellidos</b>	<b>Diana Carolina Cortés Sarmiento</b>
<b>Documento de Identidad</b>	<b>1014215391</b>
<b>Título otorgado</b>	<b>Química Farmacéutica</b>
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	<b>Diploma de 9 de diciembre de 2021 – Acta No. 32</b>
<b>Ciudad de expedición del título</b>	<b>Bogotá DC</b>

*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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)



**FIRMA DEL COLABORADOR** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Diana Carolina Cortés Sarmiento

**CEDULA:** 1014215391

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada