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: FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Dirección: Cra. 18 #80 -45,

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título

Respetuoso 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 MÉDICA GENERAL del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	ZULLY KATHERINE PEREZ CARDENAS
Documento de Identidad	1024538555
Título otorgado	MÉDICA GENERAL
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	15/12/2017 ACTA DE GRADO 2748
Ciudad de expedición del titulo	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: Zully Katherine Perez Cardenas

CEDULA: 1024538555

Scanned with CamScanner