

	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: Escuela de Salud Emcosalud

Dirección: Calle B # 11-13

Ciudad: Neiva

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	<u>Natalia Trujillo Ramirez</u>
Documento de Identidad	<u>CC. 36346819</u>
Título otorgado	<u>Aux. en servicios Farmaceuticos</u>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<u>27-11-2010 No 071</u>
Ciudad de expedición del título	<u>Neiva</u>

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 Natalia Trujillo Ramirez

NOMBRE DEL COLABORADOR: Natalia Trujillo Ramirez

CEDULA: 36346819