

	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: CENTRO DE ESTUDIOS TECNOLOGICOS DE CUNDINAMARCA

Dirección: CALLE 7 # 1 – 48 SUR

Ciudad: FACATATIVÁ

Asunto: VERIFICACIÓN TITULOS

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	JOHN ALEXANDER CORTES PEREZ
Documento de Identidad	CC 1070947792
Título otorgado	TECNICO EN INGLES Y NEGOCIOS INTERNACIONALES
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	27/11/2014 Acta 16
Ciudad de expedición del título	FACATATIVÁ

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: JOHN ALEXANDER CORTES PEREZ

CEDULA: 1070947792