	<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: 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 título	BOGOTA

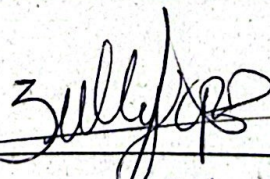
Cordialmente,



**NOMBRE Y FIRMA**

Director Operativo - Gestión del Talento Humano  
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E."  
Correo Electrónico: [verificandetitulos@subrednorte.gov.co](mailto:verificandetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Zully Katherine Perez Cardenas

**CEDULA:** 1024538555

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