

	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., 1/12/2025

Señores: (CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL BERNARDO JARAMILLO)

Dirección: DIAGONAL 47 SUR # 19 B - 19

Ciudad: BOGOTA D.C.

Asunto: VERIFICACIÓN DE 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	MARIA DEL PILAR GARCIA RODRIGUEZ
Documento de Identidad	52749269
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	1 DE DICIEMBRE DEL 2001
Ciudad de expedición del título	BOGOTA D.C.

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: *Pilar Garcia R.*

NOMBRE DEL COLABORADOR: MARIA DEL PILAR GARCIA RODRIGUEZ

CEDULA: 52749269