

| | | |
|---|--|---------------------|
|  | 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: UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

Dirección: CARRERA 6 N° 12 B 40

Ciudad: BOGOTA

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 | JUAN PABLO MAHECHA HERNANDEZ |
| Documento de Identidad | 1016059995 |
| Título otorgado | ESPECIALISTA EN CONTRATACION ESTATAL |
| Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta | 18/08/2023 – N° B080-2023-1201 |
| 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: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR: _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: JUAN PABLO MAHECHA HERNANDEZ

CEDULA: 1.016.059.995