

	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 del Tolima*

Dirección: *calle 42-18-1 Barrio Santo Helena*

Ciudad: *Ibague*

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	<i>Gisel Brighth Buxquillo Ruz</i>
Documento de Identidad	<i>1016019999</i>
Título otorgado	<i>Regente de Farmacia</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<i>22 sep 2018 N° acta 52</i>
Ciudad de expedición del título	<i>Ibague</i>

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 *Gisel B.*

NOMBRE DEL COLABORADOR: *Gisel Buxquillo Ruz*

CEDULA: *1016019999*

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