	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., 25/2/2026

Bogotá D.C., 25/02/2026

Señores: FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

Dirección: CARRERA 1 No 60-00

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto: Verificación de Título PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

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:

Cordialmente,

Nombres y apellidos	JOHANNA BARBOSA CHAVES
Documento de Identidad	52179028
Título otorgado	PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	13/02/1998 ACTA # 158
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

Cordialmente,



NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo - Gestión del Talento Humano

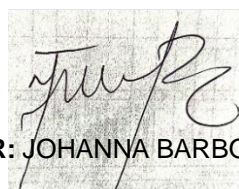
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR

NOMBRE DEL COLABORADOR: JOHANNA BARBOSA CHAVES

CÉDULA: 52179028



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