

	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 ANTONIO NARIÑO

Dirección: SEDE CIRCUNVALAR

Ciudad: BOGOTA D.C

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	RUTH MILENA CHAPARRO RAMIREZ
Documento de Identidad	CC 46384188
Título otorgado	MEDICO GENERAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	29/06/2021
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

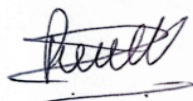
Cordialmente,



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: RUTH MILENA CHAPARRO RAMIREZ

CEDULA: CC 46384188