

	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:

Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Dirección:

Carrera 111 No. 159A-61

Ciudad:

Bogotá D.C.

Asunto: Verificación de Título Médico y Cirujano General

Respetuoso 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 Profesional, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	Leni Rocio Sanchez Mateus
Documento de Identidad	1.024.528.075
Título otorgado	Médico y Cirujano General
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	17/12/2019 Acta # 601
Ciudad de expedición del título	Bogotá D.C.

Cordialmente,

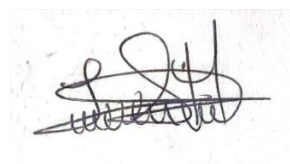


NOMBRE Y FIRMA

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

NOMBRE DEL COLABORADOR: Leni Rocio Sanchez Mateus

CEDULA: 1.024.528.075 de Bogotá D.C.