

	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 2
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: MEDISED

Dirección: CRA 99 #18-40

Ciudad: BOGOTA

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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	JENNY CAROLINA PAYARES
Documento de Identidad	1092336502
Título otorgado	TECNICO ADMINISTRATIVO EN SALUD
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	3/12/2024 – No 606
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

Cordialmente,



NOMBRE Y FIRMA

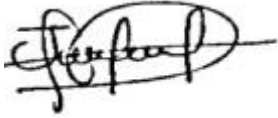
Director Operativo - Gestión del Talento Humano

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

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

	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: 2 DE 2
		FECHA: 20/08/2024

FIRMA DEL COLABORADOR:



NOMBRE DEL COLABORADOR: JENNY CAROLINA PAYARES VANEGAS

CEDULA: 1092336502