

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 11/05/2026

Señores: Fundación Universitaria San José

Dirección:

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto:

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	Harold Steven Gauta Galindo
Documento de Identidad	1033815011
Título otorgado	Ingeniero de sistemas Tecnólogo en Gestión de sistemas de Información
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Diciembre 2023
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: Harold Steven Gauta Galindo

CEDULA: 1033815011