

	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:
Calle 58 A Bis # 37 – 94
Ciudad:
BOGOTÁ

Asunto: Verificación de Título Profesional

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	DANIEL FELIPE SANCHEZ LEAL
Documento de Identidad	1012440814
Título otorgado	MEDICO GENERAL
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	23/01/2024 – 22/01/2024 # 63088
Ciudad de expedición del título	BOGOTÁ

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: DANIEL FELIPE SANCHEZ LEAL

CEDULA: 1012440814