	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		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: (nombre de la institución educativa de postgrado) Centro Panamericano de capacitación

Dirección: (dirección de la institución educativa) AV. calle 72 Nº 68 H -33

Ciudad: (donde realizó la Especialización) Bogotá

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	Jineth lorena Tairo Bautista
Documento de Identidad	1000377135
Título otorgado	Bachiller
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	09-12-2026 / Nº acta 33
Ciudad de expedición del titulo	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 lorena Tairo

NOMBRE DEL COLABORADOR: Jineth lorena Tairo Bautista

CEDULA: 1000377135

Powered by CamScanner