



Bogotá, DD – MM – AA

Señores;

Oficina de Registro
La ciudad

REF.: Verificación de Título Profesional

Cordial saludo,

Con el fin de realizar el Procedimiento de Verificación de Título Profesional o Certificación de Inscripción como Fisioterapeutas, Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional y Terapeuta Respiratoria, según normatividad vigente (Resolución 1043 de 2006, Anexo técnico N° 63 -1, Manual Único de Estándares y de Verificación, Estándar de Recursos Humanos).

Para efectos de vinculación y/o contratación, solicitamos se sirva confirmarnos si se encuentran inscritas como Fisioterapeutas, Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional y Terapeuta Respiratoria las siguientes personas según corresponda:

Nombre	Documento de identificación	Título presentado
--------	-----------------------------	-------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor sírvase dirigir su respuesta a:

TERAPIAS CTJ SAS.
Carrera 17A N°137 – 58
Telf. 7044397
Barrio Cedritos
Bogotá

Agradezco la atención a la presente.

Atentamente,

CATHERIN TATIANA JIMENEZ LOPEZ
Gerente