

	<p>TALENTO HUMANO</p> <p>FORMATO DE VERIFICACION DE TITULO</p>	CODIGO: 003-CTJ-TH-FO-VT
		VERSION: 04
		FECHA: 03/01/2024
		PAGINA: 1-1

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	Titulo 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