	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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 MILITAR NUEVA GRANADA

Dirección: Carrera 11 #101-80

Ciudad: BOGOTA

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	CAMILO ANDRES PEÑA MERCHAN
<b>Documento de Identidad</b>	80082840
<b>Título otorgado</b>	MEDICO Y CIRUJANO
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	DICIEMBRE 07 DE 2007, ACTA 6416
<b>Ciudad de expedición del título</b>	BOGOTA

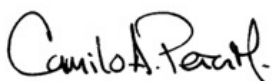
*Cordialmente,*



**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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)



**NOMBRE DEL COLABORADOR: CAMILO ANDRES PEÑA MERCHAN**

**CEDULA: 80082840**

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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 MILITAR NUEVA GRANADA

Dirección: Carrera 11 #101-80

Ciudad: BOGOTA

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	CAMILO ANDRES PEÑA MERCHAN
<b>Documento de Identidad</b>	80082840
<b>Título otorgado</b>	ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	MARZO 20 DE 2015, ACTA 822
<b>Ciudad de expedición del título</b>	BOGOTA

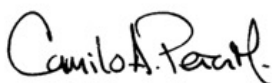
*Cordialmente,*



**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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)



**NOMBRE DEL COLABORADOR: CAMILO ANDRES PEÑA MERCHAN**

**CEDULA: 80082840**

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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 DEL VALLE

Dirección: CALLE 13 100-00

Ciudad: SANTIAGO DE CALI

*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:*

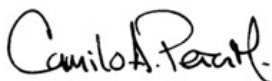
<b>Nombres y apellidos</b>	CAMILO ANDRES PEÑA MERCHAN
<b>Documento de Identidad</b>	80082840
<b>Título otorgado</b>	ESPECIALISTA CIRUGIA DE TRAUMA Y EMERGENCIAS
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	AGOSTO 10 DE 2019, ACTA 943
<b>Ciudad de expedición del título</b>	SANTIAGO DE CALI

*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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)



**NOMBRE DEL COLABORADOR: CAMILO ANDRES PEÑA MERCHAN**

**CEDULA: 80082840**