

	<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 Pedagógica y tecnológica de Colombia

Dirección: Avenida Central del Norte 39-115

Ciudad: Tunja

*Asunto: Verificación de Título Profesional*

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, UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA, del título de grado como PROFESIONAL EN MEDICINA, del colaborador/es relacionado/s a continuación:*

<b>Nombres y apellidos</b>	URIEL ALFONSO BAYONA VARGAS
<b>Documento de Identidad</b>	1010172827
<b>Título otorgado</b>	MEDICO
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	16/12/2019
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Tunja

*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)

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR: URIEL ALFONSO BAYONA VARGAS**

**CEDULA: 1010172827**