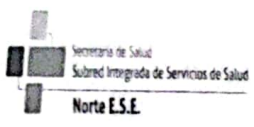


| | | |
|---|--|---------------------|
|  | FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS | CÓDIGO: AP-TH-F-147 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 6 |
| | | FECHA: 20/08/2024 |

Bogotá D.C.,

Señores: SECRETARIA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES VERIFICACION DE TRAMITES DE EGRESADOS
verificación.secretaria@ula.ve

Dirección: AVENIDAD 3 INDEPENDENCIA ENTRE CALLES 23Y 24

Ciudad: MERIDA, VENEZUELA

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:

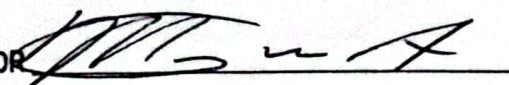
| | |
|--|---|
| Nombres y apellidos | MARY FELI BARRERA AVELLANEDA |
| Documento de Identidad | V-81.479.437 |
| Título otorgado | MEDICO CIRUJANO |
| Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta | 15/10/1999 ACTA INSERTA FOLIO 397 TOMO IV |
| Ciudad de expedición del título | MERIDA-VENEZUELA |

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



NOMBRE DEL COLABORADOR: MARY FELI BARRERA AVELLANEDA

CEDULA: 52042307

| | | |
|--|--|---------------------|
|  Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS | CÓDIGO: AP-TH-F-147 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 6 |
| | | FECHA: 20/08/2024 |

Bogotá D.C.,

Señores: SECRETARIA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES VERIFICACION DE TRAMITES DE EGRESADOS
verificacion.secretaria@ula.ve

Dirección: AVENIDAD 3 INDEPENDENCIA ENTRE CALLES 23 Y 24

Ciudad: MERIDA, VENEZUELA

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 | MARY FELI BARRERA AVELLANEDA |
| Documento de Identidad | V-23.224.286 |
| Título otorgado | ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA |
| Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta | 09/12/2005 ACTA INSERTA FOLIO 224V TOMO VI |
| Ciudad de expedición del título | MERIDA-VENEZUELA |

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 

NOMBRE DEL COLABORADOR: MARY FELI BARRERA AVELLANEDA

CEDULA: 52042307