

	<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 2
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: UNIVERSIDAD DEL ZULIA

Dirección: Av. 16 con calle 67 B Maracaibo Zulia

Ciudad: 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:

<b>Nombres y apellidos</b>	ADONAY JOSE HERRERA MARIN
<b>Documento de Identidad</b>	1047361296
<b>Título otorgado</b>	MEDICO CIRUJANO
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	11/12/1998 - NUMERO DE FOLIOS 1312 AL 1481
<b>Ciudad de expedición del titulo</b>	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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

FIRMA DEL COLABORADOR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL COLABORADOR: ADONAY JOSE HERRERA MARIN

CEDULA: 1047361296

	<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: 2 DE 2
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: "UNIVERSIDAD DEL ZULIA"

Dirección: Av. 16 con calle 67 B Maracaibo Zulia

Ciudad: 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:

<b>Nombres y apellidos</b>	ADONAY JOSE HERRERA MARIN
<b>Documento de Identidad</b>	1047361296
<b>Título otorgado</b>	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	24/09/2004 NÚMERO DE FOLIOS 1192-1202
<b>Ciudad de expedición del título</b>	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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

FIRMA DEL COLABORADOR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL COLABORADOR: ADONAY JOSE HERRERA MARIN

CEDULA: 1047361296