 Secretaría de Salud 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 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores:
Universidad Nacional de Colombia
Dirección:
Carrera 30 # 45-03
Ciudad:
Bogotá

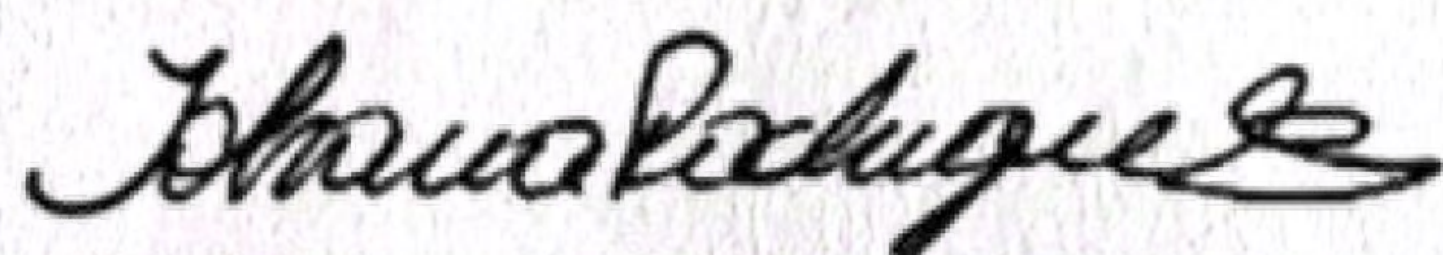
Asunto: Verificación de Título Medico cirujano

Respetuoso 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 pregrado en medicina, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	Michael Andres Quintero Escobar
Documento de Identidad	1031138192
Título otorgado	Médico cirujano
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	30/04/2020 – 30/04/2020 acta 4513
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá

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: Michael Andres Quintero Escobar

CEDULA: 1031138192