	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 del Tolima

Dirección:

Calle 42 con 2da A Barrio Santa Helena Parte Alta

Ciudad:

Ibagué

Asunto: Verificación de Título Profesional

Respetuoso saludo.

Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título, según se encuentra establecido en la normativa 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 medico, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	Rafael Muñoz Herrera
Documento de Identidad	1,016,009,605
Título otorgado	Medico
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	16/06/2012 - No. 38 - 16/06/2012
Ciudad de expedición del título	Ibagué

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

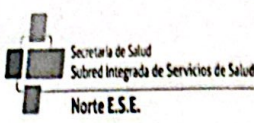


NOMBRE DEL COLABORADOR:

Rafael Muñoz Herrera

CEDULA: 1016009605

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

	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:
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Dirección:
Cra. 54 #67a80
Ciudad:
Bogotá

Asunto: Verificación de Título de Especialista

Respetuoso saludo.

Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título, según se encuentra establecido en la normativa 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 en psiquiatría, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	Rafael Muñoz Herrera
Documento de Identidad	1,016,009,605
Título otorgado	Especialista en psiquiatría
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	14/08/2020 - No. 210 - 21/07/2020
Ciudad de expedición del título	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: Rafael Muñoz Herrera

CEDULA: 1 016 009 605

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada