

	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. 25 de noviembre de 2025,

Señores: Ministerio de Educación.

Dirección: Bogotá D.C

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto: Verificación de Título de Medico

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	ERICKSON DAVID ALVARADO ROJAS
Documento de Identidad	746643
Título otorgado	MEDICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	CONVALIDACION RESOLUCION 10659 24 MAYO 2017
Ciudad de expedición del título	BOGOTA D,C

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: ERICKSON DAVID ALVARADO ROJAS

CEDULA: CE. 746643