

	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., 23 / 11 / 2025

Señores: Universisda Metropolitana

Dirección: CALLE 76 N° 42 – 78

Ciudad: Barranquilla – Atlantico - Colombia

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	<i>Roger Manuel Soto Bracamonte</i>
Documento de Identidad	<i>15669922</i>
Título otorgado	MEDICO Y CIRUJANO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21 JULIO 1995
Ciudad de expedición del titulo	Barranquilla – Atlantico - Colombia

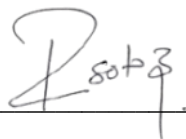
Cordialmente,

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: *Roger Manuel Soto Bracamonte*

CEDULA: 15669922