	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 3
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C. 03 Diciembre 2025

Señores: Fundación Universitaria de ciencias de la salud

Dirección: carrera 19 8ª-32

Ciudad: Bogotá.

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	Edison Armando Tovar Fernandez
Documento de Identidad	1049604359
Título otorgado	Especialista en Medicina Familiar
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14/08/2020 acta 210
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: Edison Armando Tovar Fernandez

CÉDULA: 1049604359

	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: 2 DE 3
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C. 03 Diciembre 2025

Señores: Universidad de Boyacá.

Dirección: carrera 2 este número 64 -169

Ciudad: Tunja – Boyacá,

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	Edison Armando Tovar Fernandez
Documento de Identidad	1049604359
Título otorgado	Especialista en Epidemiología.
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14/12/2012 acta 1786
Ciudad de expedición del título	Tunja.

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: Edison Armando Tovar Fernandez

CEDULA: 1049604359

	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: 3 DE 3
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C. 03 Diciembre 2025

Señores: Universidad de Boyacá.

Dirección: carrera 2 este número 64 -169

Ciudad: Tunja – Boyacá,

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	Edison Armando Tovar Fernandez
Documento de Identidad	1049604359
Título otorgado	Especialista en Epidemiología.
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26/06/2009 acta 8149
Ciudad de expedición del título	Tunja.

Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA



Director Operativo - Gestión del Talento Humano

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

Correo Electrónico: verificandetitulos@subrednorte.gov.co



FIRMA DEL COLABORADOR

NOMBRE DEL COLABORADOR: Edison Armando Tovar Fernandez

CEDULA: 1049604359

