

	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 1113
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., Noviembre 26 de 2025

Señores: FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Dirección: karrera 19 nro 8063

Ciudad: BOGOTA

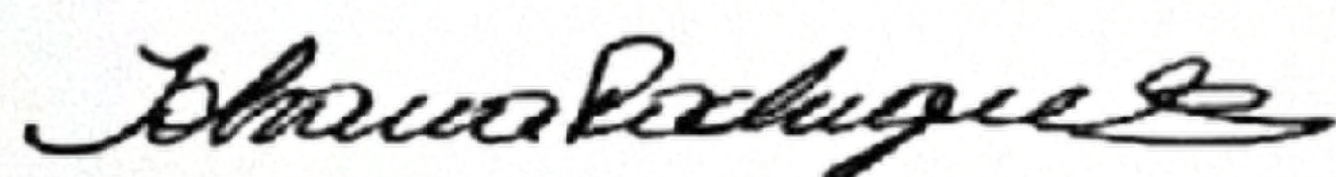
Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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:

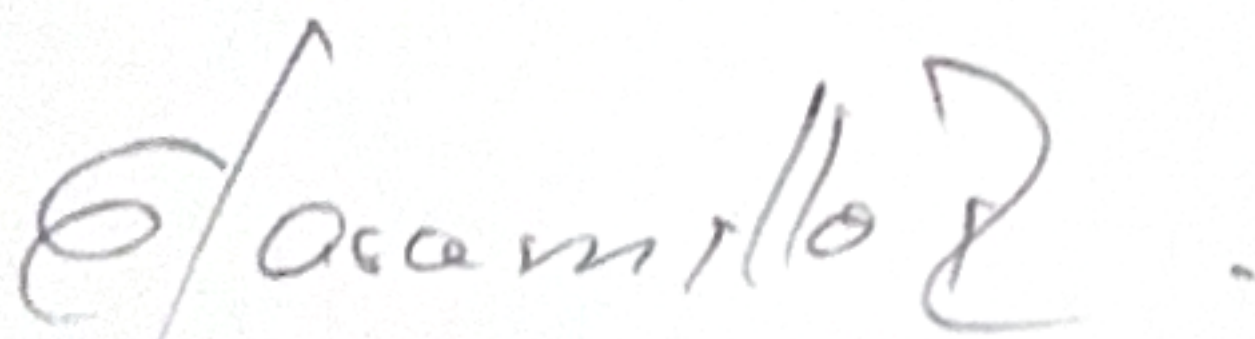
Nombres y apellidos	EDUARDO JARAMILLO RAMIREZ
Documento de Identidad	16702220
Título otorgado	GINECOLOGO Y OBSTETRA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	3/17/2000 - 19
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

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: EDUARDO JARAMILLO RAMIREZ
CEDULA: 16702220