	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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., 01 de Diciembre de 2025

Señores: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Dirección: Carrera 19 # 8ª - 32

Ciudad: Bogotá

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS


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	Carlos Alberto Marín Pérez
Documento de Identidad	80.820.214
Título otorgado	Médico Especialista en Urgencias
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	10 de Julio de 2020
Ciudad de expedición del título	Bogotá D.C

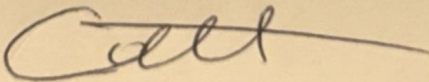
Cordialmente,



**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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR:**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Carlos Alberto Marín Pérez

**CEDULA:** 80.820.214