

	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: UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Dirección: Cl. 66 #15-41

Ciudad: BOGOTÁ

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	CARLOS MARIO ROVIRA IGUARAN
Documento de Identidad	79267621
Título otorgado	ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	11/26/1998 - 602
Ciudad de expedición del título	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: CARLOS MARIO ROVIRA IGUARAN

CEDULA: 79267621