

|                                                                                   |                                                                                  |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  | <b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>                                           | CÓDIGO: AP-TH-F-147 |
|                                                                                   |                                                                                  | VERSIÓN: 1          |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1      |
|                                                                                   |                                                                                  | FECHA: 20/08/2024   |

Bogotá D.C.,

Señores: UNIVERSITARIA DE COLOMBIA

Dirección: Carrera 7 No. 35-85

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                      | ALVARO PUIN ACEVEDO          |
| Documento de Identidad                   | 72326536                     |
| Título otorgado                          | ABOGADO                      |
| Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta | ACTA No. 2163 del 28/09/2017 |
| Ciudad de expedición del título          | BOGOTA DC.                   |

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:**

Alvaro Puin Acevedo

**CEDULA:** 72.326.536