

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

Dirección: 11 N.º 101-80

Ciudad: Bogotá DC.

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	ESPECIALISTA DERECHO SANCIONATORIO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	ACTA No. 10971 del 25/03/2021
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

FIRMA DEL COLABORADOR:



NOMBRE DEL COLABORADOR:

ALVARO PUIN ACEVEDO

CEDULA: 72.326.536