

	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., 25 de noviembre de 2025

Señores: FUNDACION UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

Dirección: CARRERA 16 No. 63A-68

Ciudad: BOGOTA

Asunto: VERIFICACION 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	OSCAR FELIPE MARTINEZ CUERVO
Documento de Identidad	79.689.706 DE BOGOTÁ
Título otorgado	ADMINISTRACION HOTELERA Y TURISTICA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	30 noviembre 2004 Acta No. 12834
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: OSCAR FELIPE MARTINEZ CUERVO

CEDULA: 79.689.706 Bogotá