

	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 2
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 12 DICIEMBRE 2025

Señores: UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA

Dirección:

Ciudad: BARRANQUILLA

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

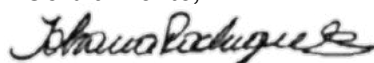
Respetuoso saludo.

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 ARTURO SOLANO SUAREZ
Documento de Identidad	8781181 DE SOLEDAD
Título otorgado	MEDICO CIRUJANO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	39 LIBRO 2/07 REGISTRO 3546
Ciudad de expedición del título	Barranquilla

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 ARTURO SOLANO SUAREZ

CEDULA: 8781181 DE SOLEDAD