

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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: ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA

Dirección: Carretera Panamericana Km 3 1/2, Carr. Panamericana, La Habana 19108, Cuba

Ciudad: LA HABANA

*Asunto: Verificación de Título Profesional*

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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	IVAN ORLANDO GUERRERO FERNANDEZ
<b>Documento de Identidad</b>	7181944 DE TUNJA
<b>Título otorgado</b>	DOCTOR EN MEDICINA
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	2/08/2008
<b>Ciudad de expedición del título</b>	LA HABANA

*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:** IVAN ORLANDO GUERRERO FERNANDEZ

**CEDULA:** 7181944 DE TUNJA