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., 2 de octubre de 2024

Señores: UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS CENTRALES ROMULO GALLEGOS

Dirección: 8MH8+X7M, Carr. Zaraza - Socorro, Zaraza 2332, Guárico, Venezuela

Ciudad: SAN JUAN DE LOS MORROS ESTADO GUARICO

Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar

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	ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ
Documento de Identidad	1034318585
Título otorgado	Médico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	17/09/2012, N° ACTA: 040
Ciudad de expedición del titulo	SAN JUAN DE LOS MORROS ESTADO GUARICO

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: ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ

CEDULA: 1034318585