	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., 29-ABRIL-2025

Señores: Escuela de salud san pedro clavel

Dirección: av caracas #9-11 sur

Ciudad: Bogota D.C

Asunto: 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	DIEGO VALERO FARFAN
Documento de Identidad	1073254250
Título otorgado	Tecnico auxiliar de enfermeria
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14-diciembre 2019 #80
Ciudad de expedición del titulo	Bogota colombia

Cordialmente

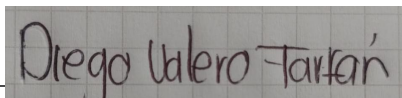


NOMBRE Y FIRMA

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: DIEGO VALERO FARFAN

CEDULA: 1073254250