

	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., 8 de agosto de 2025.

Señores: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Dirección: Ave Cra 30 #45a-46

Ciudad: Bogotá

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	NELSON ENRIQUE DIAZ DIAZ
Documento de Identidad	80.012.057 DE BOGOTA
Título otorgado	MEDICO CIRUJANO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	JULIO 8 DE 2005 / DIPLOMA NÚMERO 86469
Ciudad de expedición del título	BOGOTA.

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: NELSON ENRIQUE DIAZ DIAZ

CEDULA: 80.012.057

	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: 2 DE 2
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 8 de agosto de 2025.

Señores: UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Dirección: Ave Cra 30 #45a-46

Ciudad: Bogotá

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	NELSON ENRIQUE DIAZ DIAZ
Documento de Identidad	80.012.057 DE BOGOTA
Título otorgado	MEDICO ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	FEBRERO 18 DE 2010 / DIPLOMA 24446
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA.

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: NELSON ENRIQUE DIAZ DIAZ

CEDULA: 80.012.057