

	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., Julio 27 de 2025

Señores: Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Dirección: Calle 14 Sur # 14 – 23

Ciudad: Bogotá D.C.

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	DARIO PARAMO DELGADO
Documento de Identidad	5832630
Título otorgado	INGENIERO DE ALIMENTOS
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	18/09/2014 / ACTA DE GRADO N° 3167
Ciudad de expedición del título	BOGOTÁ D.C.

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: DARIO PARAMO DELGADO

CEDULA: 5832630 ALVARADO (TOLIMA)