

|                                                                                   |                                                                                  |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  | <b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>                                           | CÓDIGO:<br>AP-TH-F-14<br>7 |
|                                                                                   |                                                                                  | VERSIÓN: 1                 |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1             |
|                                                                                   |                                                                                  | FECHA: 20/08/2024          |

Bogotá D.C.

Señores: Colegio Ciudad de

Bogotá Dirección: Carrera 25

# 53b - 32 Sur 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:*

|                                                 |                                         |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Nombres y apellidos</b>                      | <b>CAMILO ANDRES HERNANDEZ GUAQUETA</b> |
| <b>Documento de Identidad</b>                   | <b>1074136820</b>                       |
| <b>Título otorgado</b>                          | <b>BACHILLER ACADEMICO</b>              |
| <b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b> | <b>09/12/2017 - 045393</b>              |
| <b>Ciudad de expedición del título</b>          | <b>BOGOTA</b>                           |

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: Camilo Andres Hernandez**

**Guaqueta CEDULA: 1074136820**

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos  
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

|                                                                                   |                                                                                  |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  | <b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>                                           | CÓDIGO:<br>AP-TH-F-14<br>7 |
|                                                                                   |                                                                                  | VERSIÓN: 1                 |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1             |
|                                                                                   |                                                                                  | FECHA: 20/08/2024          |

Bogotá D.C.

Señores: UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

Dirección: Calle 13 # 31 -75

Ciudad: BOGOTA 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:*

|                                                 |                                           |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Nombres y apellidos</b>                      | <b>CAMILO ANDRES HERNANDEZ GUAQUETA</b>   |
| <b>Documento de Identidad</b>                   | <b>1074136820</b>                         |
| <b>Título otorgado</b>                          | <b>TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL</b> |
| <b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b> | <b>01/12/2023 - No. 16541</b>             |
| <b>Ciudad de expedición del título</b>          | <b>BOGOTA</b>                             |

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:** \_ CAMILO ANDRES HERNANDEZ

**GUAQUETA \_ CEDULA:** 1074136820

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos  
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada