

	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 3
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., ENERO 07 DE 2026

Señores: UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

Dirección: BOGOTA

Ciudad: BOGOTA

Asunto: VERIFICACION DE TIULOS

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 , Profesional, , del colaborador/es relacionado/s a continuación:

Nombres y apellidos	JAVIER DURAN SALCEDO
Documento de Identidad	80756173
Título otorgado	ENEFERmero
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	11/12/2014
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

Cordialmente,

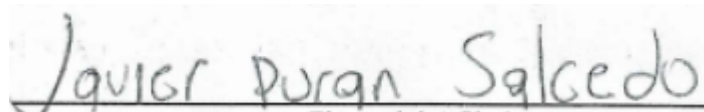


NOMBRE Y FIRMA

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: JAVIER DURAN SALCEDO

CEDULA: 80756173

	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 3
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., ENERO 07 DE 2026

Señores: COOPERATIVO SALASANCIO

Dirección: BOGOTA

Ciudad: CUNDINAMARCA

Asunto: VERIFICACION DE TIULOS

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	JAVIER DURAN SALCEDO
Documento de Identidad	80756173
Título otorgado	BACHILLER
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	06/05/1994
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

Cordialmente,

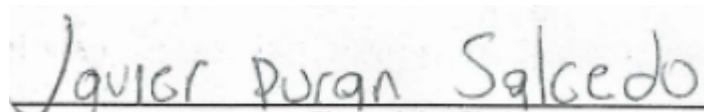


NOMBRE Y FIRMA

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: JAVIER DURAN SALCEDO

CEDULA: 80756173

	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: 3 DE 3
		FECHA: 20/08/2024