

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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., 17/12/2025

Señores: COLEGIO ANTONIO VILLABICENCIO

Dirección: AV DORADO No 66-63

Ciudad: BOGOTA D. C

Asunto: AUTORIZACION PARA CONSULTA DE TITULOS ACADEMICOS

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	ANDREY FELIPE AREVALO VARGAS
Documento de Identidad	1233696028
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14 DE NOV 2019
Ciudad de expedición del título	BOGOTA 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: Andrey Felipe Arevalo

NOMBRE DEL COLABORADOR: ANDREY FELIPE AREVALO

CEDULA: 1233696028