

	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., 12/02/2026

Señores: INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL COLEGIO EXTERNADO NACINAL CAMILO TORRES

Dirección: CARRERA 7 # 33 - 64

Ciudad: BOGOTA DC

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	SERGIO ARMANDO HERNANDEZ OCASION
Documento de Identidad	CC 80809473
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	FEBRERO 10 DE 2006 FOL 85 LIB 8
Ciudad de expedición del título	BOGOTA DC

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: SERGIO ARMANDO HERNANDEZ OCASION

CEDULA: 80.809.473 DE BGTA

	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., 12/02/2026

Señores: UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA

Dirección: AV CENTRAL DEL NORTE 39 - 115

Ciudad: TUNJA - BOYACA

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	SERGIO ARMANDO HERNANDEZ OCASION
Documento de Identidad	CC 80809473
Título otorgado	ENFERMERO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	DICIEMBRE 10 DE 2012 FOL 314 LIB 47
Ciudad de expedición del título	TUNJA - BOYACA

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

Sergio Hernández

NOMBRE DEL COLABORADOR: SERGIO ARMANDO HERNANDEZ OCASION

CEDULA: 80.809.473 DE BGTA