Bogotá D.C., 29/05/2025

Señores: Colegio Inscap
Dirección: Av Carrera 91 No. 129 D-06
Ciudad: BOGOTÁ

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	Dennis Johanna Fraile Rodŕi guez
Documento de Identidad	1019102558
Título otorgado	BACHILLER
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Folio No.114 libro de registro No. 2 de 15 de diciembre del año 2013
Ciudad de expedición del titulo	

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: Jhoana Fraile R.

NOMBRE DEL COLABORADOR: Dennis Johanna Fraile Rodríguez
CEDULA: 1019102558

Bogotá D.C., 29/05/2025

Señores: FundetSalud
Dirección: Calle 72 Sur 13 A-10
Ciudad: Bogotá

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	Dennis Johanna Fraile Rodri guez
Documento de Identidad	1019102558
Título otorgado	TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Acta No:06 de Diciembre 14 de 2018 folio 07 libro 01
Ciudad de expedición del titulo	

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: Jhoana Fraile R.
NOMBRE DEL COLABORADOR: Dennis Johanna Fraile Rodríguez
CEDULA: 1019102558