

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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.,

Señores: INSTITUCION EDUCATIVA COLEGIO CORTIJO VIANEY

Dirección: Cra. 2a #74b Bis Sur0

Ciudad: BOGOTA

*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	BRAYAN SNEYDER MADRIGAL FORERO
Documento de Identidad	1.023.002.930
Institución	Colegio el cortijo Vianey I.E.D
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22 DE NOVIEMBRE 2011
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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR: BRAYAN SNEYDER MADRIGAL FORERO

CEDULA: 1.023.002.930