

	<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., 15/07/2025

Señores: Instituto Técnico Central

Dirección: Calle 13 16-74

Ciudad: Bogotá, Colombia

*Asunto: Verificación de Título Bachiller Académico*

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 Bachiller Académico, del colaborador/es relacionado/s a continuación:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Richard Olaya Montañez
<b>Documento de Identidad</b>	CC 80238651
<b>Título otorgado</b>	Bachiller Académico
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	6/12/1997 / Acta 041 de 6/12/1997
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Santafé de Bogotá

*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:** Richard Olaya Montañez

**CEDULA:** 80.238.651

	<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 3
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 15/07/2025

Señores: Universidad Nacional de Colombia

Dirección: Carrera 45 26-85

Ciudad: Bogotá, Colombia

*Asunto: Verificación de Título de Enfermería*

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 en Enfermería, del colaborador/es relacionado/s a continuación:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Richard Olaya Montañez
<b>Documento de Identidad</b>	CC 80.238.651
<b>Título otorgado</b>	Profesional en Enfermería
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	23/08/2006 - Acta 161 de 10/08/2006
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Bogotá

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:** Richard Olaya Montañez

**CEDULA:** 80.238.651