

	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.,

Señores: **INSTITUTO COLOMBIANO DE APRENDIZAJE INCAP**

Dirección: **Cra. 5, # 20-64/70, Bogotá Tel (601)5951951**

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título **Técnico laboral por competencias, en operación de programas, informáticos y bases de datos**

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	EMILIANO PEDRAZA ALBA
Documento de Identidad	CC 79811475
Título otorgado	TECNICO EN BASES DE DATOS OP SISTEM
Fecha del diploma y/o Acta -No. de Acta	004938 ^T 30/05/2003
Ciudad de expedición del título	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

FIRMA DEL COLABORADOR


DEL COLABORADOR: EMILIANO PEDRAZA ALBA

CEDULA: CC 79811475

	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.,

Señores: **CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL LOS ALPES**

Dirección: Cra. 11 Este #33a Sur-62 a, Dg. 33a Sur #2, Bogotá (601) 3670125 – 3670116

Ciudad: Bogotá

Asunto: Bachiller Comercial

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	BOGOTA
Documento de Identidad	79811475
Título otorgado	BACHILLER COMERCIAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	6552 DANE 11100115915
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

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: EMILIANO PEDRAZA ALBA

CEDULA: 79811475