

	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., 09/10/2025

Señores: SENA CSF

Dirección: Kr 13 #6510

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto: Verificación de títulos

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	Nicolle Dayan Gomez Gaitan
Documento de Identidad	1010002220
Título otorgado	TECNÓLOGO EN GESTIÓN BANCARIA Y DE ENTIDADES FINANCIERAS
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	54106617 - 03/08/2021
Ciudad de expedición del título	Bogotá D.C

Cordialmente,

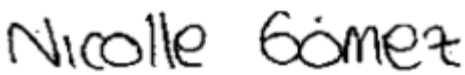


NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo - Gestión del Talento Humano

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR: 

NOMBRE DEL COLABORADOR: Nicolile Dayan Gomez Gaitan

CEDULA: 1010002220

	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., 09/10/2025

Señores: (Colegio Distrital Carlos Arango Vélez)

Dirección: Tv. 68g #35 A 42 SUR

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto: Verificación de títulos

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:

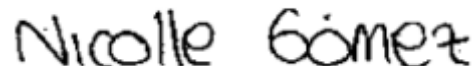
Nombres y apellidos	Nicolle Dayan Gomez Gaitan
Documento de Identidad	1010002220
Título otorgado	Bachiller
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	12 de diciembre de 2017
Ciudad de expedición del título	Bogota D.C

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

FIRMA DEL COLABORADOR: 

NOMBRE DEL COLABORADOR: *Nicolle Dayan Gomez Gaitan*

CEDULA: 1010002220