

	<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., 10/11/2025

Señores: Institución Educativa Distrital Nuevo Kennedy

Dirección: Tv 73 a bis B #36 SUR 47

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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Brandon Gabriel Bulla Abril
<b>Documento de Identidad</b>	1012398045
<b>Título otorgado</b>	Bachiller Académico
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	04-12-2009 - 041
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Bogotá

*Cordialmente,*

**NOMBRE Y FIRMA**



Johanna Patricia Rodríguez Gómez - 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: Brandon Gabriel Bulla Abril**

**CEDULA: 1012398045**

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos  
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada