

	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: INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO INDUSTRIAL JULIO FLOREZ

Dirección: Calle 11 N° 62 a 6 - 58

Ciudad: Chiquinquirá - Boyacá

*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	Mildrey Dayana Villamil Gonzalez
Documento de Identidad	C.C 1193461756
Título otorgado	BACHILLER TÉCNICO ESPECIALIDAD MECANICA INDUSTRIAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	01 de Diciembre 2018 Acta N° 038
Ciudad de expedición del título	Chiquinquirá Boyacá

*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: Mildrey Dayana Villamil Gonzalez**

**CEDULA: 1193461756**

	<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: INSTITUTO NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD SAN LUIS

Dirección: Calle 17 N° 6 - 69 Puente peatonal

Ciudad: Chiquinquirá - Boyacá

*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>	Mildrey Dayana Villamil Gonzalez
<b>Documento de Identidad</b>	C.C 1193461756
<b>Título otorgado</b>	Tecnico Laboral en el Area de Auxiliar en Enfermeria
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	24/02/2024 No. Acta 56
<b>Ciudad de expedición del titulo</b>	Chiquinquira Boyaca

*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:** Mildrey Dayana Villamil Gonzalez

**CEDULA:** 1193461756