	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., 03/12/2025

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:

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




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

	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., 03/12/2025

Señores: SENA

Dirección: Cra 6 # 45- 52 Bogotá

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:

Nombres y apellidos	Brandon Gabriel Bulla Abril
Documento de Identidad	1012398045
Título otorgado	Técnico Administrativo en Salud
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21-02-2019 - 45423261
Ciudad de expedición del título	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




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

	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., 03/12/2025

Señores: Fundación Universitaria Claretiana- Uniclaletiana

Dirección: Cll 60 sur # 80 k - 02

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:

Nombres y apellidos	Brandon Gabriel Bulla Abril
Documento de Identidad	1012398045
Título otorgado	Trabajo Social
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	vigente
Ciudad de expedición del título	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



FIRMA DEL COLABORADOR

NOMBRE DEL COLABORADOR: Brandon Gabriel Bulla Abril

CEDULA: 1012398045