Bogotá D.C.,

Señores: COLEGIO ÁLVARO CAMARGO DE LA TORRE

Dirección: KR 12 BIS 31 45 SUR

Ciudad: Bogotá

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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	NELSON CAMILO SILVA LEÓN
Documento de Identidad	1023941936
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	ACTA ORIGINAL 18 FOLIO 54
Ciudad de expedición del titulo	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: NELSON CAMILO SILVA LEÓN

CEDULA: 1023941936

Bogotá D.C.,

Señores: CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Dirección: Calle 42 F Sur # 78 F - 61

Ciudad: Bogotá

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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	NELSON CAMILO SILVA LEÓN
Documento de Identidad	1023941936
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	ACTA 57 FOLIO No. 3174-192-3174-A02
Ciudad de expedición del titulo	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: NELSON CAMILO SILVA LEÓN

CEDULA: 1023941936