

	<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.,

Señores: Guillermo Cano Isaza

Ciudad: Bogotá

Asunto: *Bachiller técnico en mecánica industrial*

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>	Neidy brighth leal gracia
<b>Documento de Identidad</b>	Cc 1031149352
<b>Título otorgado</b>	Bachiller técnico en mecánica industrial
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	Diciembre del 2010 ACTA No 022
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Bogotá

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)

Neidy leal gracia

**FIRMA DEL COLABORADO**

**NOMBRE DEL COLABORADOR: Neidy brighth leal gracia**

**CEDULA: 1031149352**

	<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.,

Señores: (nombre de la institución educativa de postgrado) *fusedsa*

Dirección: (dirección de la institución educativa)

Ciudad: (donde realizó la Especialización) *Bogotá*

Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar  
*Técnico laboral Auxiliar de enfermería*

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	<i>Nedy bright leal gracia</i>
Documento de Identidad	<i>1031149352</i>
Título otorgado	<i>Aux de enfermería</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<i>19 - 12 - 2014</i> ACTA No 032
Ciudad de expedición del título	<i>Bogotá</i>

Cordialmente,

*Enrico Rodriguez*

**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 *Nedy leal*

NOMBRE DEL COLABORADOR: *Nedy bright leal*

CEDULA: *1031149352*