	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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., 27.10.2026

Señores: Colegio distrital Republica de Costa Rica.

Dirección: Carrera 101 # 23 42. Fontiboin

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	Julian David Callejas Henao.
Documento de Identidad	Cc. 80804712.
Título otorgado	Bachillerata.
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22-09-2021. Libro 3 Acta 063 Folio
Ciudad de expedición del titulo	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

FIRMA DEL COLABORADOR Julian Henao.

NOMBRE DEL COLABORADOR: Julian David Callejas

CEDULA: 80804712.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	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., 27-10-2026.

Señores: FUNDACIÓN EDUCATIVA SAN JUAN DE DIOS

Dirección: CALLE 22 SUR # 18-38.

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	Julian David Callejas Henao
Documento de Identidad	80804712.
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR ENFERMERIA.
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	01-06-2024. Libro 002. Folio 016.
Ciudad de expedición del título	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

FIRMA DEL COLABORADOR Julian Henao

NOMBRE DEL COLABORADOR: Julian David Callejas

CEDULA: 80804712.