

	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., Octubre 03/2025

Señores: Escuela Militar de Suboficiales Sargento Inocencio Chinca

Dirección: AV 1 No 1-19

Ciudad: Tolemaida, Nilo cundinamarca

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	Richard Mauricio Monroy Briñez
Documento de Identidad	14.254.666 de Melgar
Título otorgado	Tecnologo en ciencias militares
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	folio 056 Libro 1
Ciudad de expedición del título	Tolemaida, Cundinamarca Septiembre 01 2002

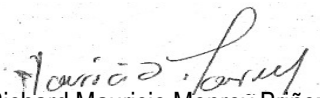
Cordialmente,



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: Richard Mauricio Monroy Briñez

CEDULA: 14.254.666 de Melgar