Bogotá D.C., 10 de Diciembre del 2024

Señores: INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL BRASILIA USME

Dirección: Cl. 73b Sur #1 a 73b,

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación del título de Bachiller

Respetuoso saludo.

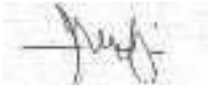
Reciba un cordial saludo,

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	HAROLD STIVENS MENDEZ ORTIZ
Documento de Identidad	1010219598
Título otorgado	BACHILLER
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	03 De Diciembre del 2011
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 

NOMBRE DEL COLABORADOR: HAROLD STIVENS MENDEZ ORTIZ

CEDULA: 1010219598