Bogotá D.C, Noviembre 21 de 2024

Señores: Instituto André Michelín

Dirección: Av 1 de Mayo Nº 10 A -09

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título de grado como Especialista, Profesional, Técnico o Auxiliar

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	Jaime Andrés Vargas Rojas
Documento de Identidad	80.425.320 Bogotá
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	12/ Dic / 2015
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: Jaime Andrés Vargas Rojas

CEDULA: 80.425.320 Bogotá