

	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.,

Señores: Colegio Británico

Dirección: Autopista Sur # 16 – 22

Ciudad: Soacha Cundinamarca

Asunto: VERIFICACIÓN DE TÍTULOS

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 Bachiller Académico, del colaborador/es relacionado/s a continuación:

Nombres y apellidos	Julian Andres Diaz Jimenez
Documento de Identidad	1073707398
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Diciembre-07-2014
Ciudad de expedición del título	Soacha Cundinamarca

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: Julian Andres Diaz Jimenez

CEDULA: 1073707398