Bogotá D.C., DICIEMBRE 12 DE 2025

Señores: UNIVERSIDAD DEL BOSQUE

Dirección: Cra. 9 #131a-2

Ciudad: BOGOTA

*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** | JUAN SEBASTIAN CALDERON CARDENAS |
| **Documento de Identidad** | 1032395066 |
| **Título otorgado** | MEDICO CIRUJANO |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 26/01/2016 |
| **Ciudad de expedición del titulo** | BOGOTA |

*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:*** JUAN SEBASTIAN CALDERON CARDENAS
***CEDULA:*** 1032395066

Bogotá D.C., DICIEMBRE 12 DE 2025

Señores: UNIVERSIDAD DEL BOSQUE

Dirección: BOGOTA

Ciudad: BOGOTA

*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** | JUAN SEBASTIAN CALDERON CARDENAS |
| **Documento de Identidad** | 1032395066 |
| **Título otorgado** | ESPECIALISTA EN PEDIATRIA |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 19/08/2020 DIPLOMA 25660 |
| **Ciudad de expedición del titulo** | BOGOTA |

*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:*** JUAN SEBASTIAN CALDERON CARDENAS
***CEDULA:*** 1032395066