Bogotá D.C., 04/02/2026

Señores: CENTRO EDUCATIVO DE ADULTOS ASED
Dirección: Carrera 5 A # 27 - 38 Sur
Ciudad: Bogotá

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	EDWIN ANDRES CHAVES SIERRA
Documento de Identidad	80227675
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	04 DE AGOSTO DE 2001 N° ACTA 2146 FOLIO-079
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA D.C

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: EDWIN ANDRES CHAVES SIERRA
CEDULA: 80227675