Bogotá D.C.,

Señores: COLEGIO ALVARO CAMARGO DE LA TORRE

Dirección: CARRERA 12 BIS # 31- 45 SUR

Ciudad: Bogota

Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar

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	Nelson Camilo Silva Leon
Documento de Identidad	1023941936
Título otorgado	Bachiller Academico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	4 / 12 / 2012
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: Nelson Camilo Silva Leon

CEDULA: 1023941936