Bogotá D.C.,

Señores: FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Dirección: CALLE 170 No. 8-41

Ciudad: BOGOTÁ D.C.

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	HERNÁN DARÍO RUEDA RODRÍGUEZ
Documento de Identidad	1031153843
Título otorgado	MÉDICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	ACTA DE GRADO No. 1148
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTÁ 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: HERNÁN DARÍO RUEDA RODRÍGUEZ

CEDULA: 1031153843