Bogotá D.C.,

Señores: Universidad el Bosque
Dirección: Av. Cra 9 131ª – 02

Ciudad: Bogotá

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	Jazmín Angelica Varela Ángel
Documento de Identidad	1.070.751.649 San Bernardo
Título otorgado	Enfermera
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	24/ 07/2012 N 7411
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTÁ

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: ____Jazmín Angelica Varela Ángel _____

CEDULA: 1070751649 San Bernardo Cundinamarca**.**