Bogotá D.C., 25 noviembre de 2024

Señores: Universidad Antonio Nariño

Dirección: Cra 3 Este 47ª 15
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	Aiber Stiwar Prieto Pinilla
Documento de Identidad	1022394180
Título otorgado	Enfermero
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	13 septiembre de 2023 y No acta 62360
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 Stiwar P. _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: Aiber Stiwar Prieto Pinilla
CEDULA: 1022394180