Bogotá D.C.,

Señores: Subred Integrada de Servicios De Salud Norte

Dirección: Cl. 66 #1541, Bogotá

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	German Alberto Jara Sambrano
Documento de Identidad	79.510.990
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Atanasio Girardot
Ciudad de expedición del titulo	4 de diciembre de 1987

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: GERMAN ALBERTO JARA SAMBRANO

CEDULA: 79510990