Bogotá D.C.,

Señores: **UNIVERSIDAD METROPOLITANA**
Dirección: Cl. 76 #42-78, Las Mercedes, Barranquilla, Atlántico
Ciudad: BOGOTA
Asunto: MEDICO

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	MOISES DAVID DE LA CRUZ POLO
Documento de Identidad	1140847693
Título otorgado	MEDICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	31 de Julio del 2015, Acta folio 98 del Libro 2/07 Numero de registro M-5020
Ciudad de expedición del titulo	Barranquilla

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: MOISES DAVID DE LA CRUZ POLO
CEDULA: 1140847693