Bogotá D.C.,

Señores: CORPORACION EDUCATIVA HUMANAR

Dirección: Tranv. 31 No. 7 – 157 Barrio Blanco

Ciudad: BOGOTA

Asunto: **VERIFICACIÓN DE TITULOS**

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	HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS
Documento de Identidad	79.714.220
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	15 DICIEMBRE 2007 **ACTA 1026**
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

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: HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS

CEDULA: 79.714.220