Bogotá D.C.,

Señores:
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
Dirección:
Calle 58A Bis # 37 – 94
Ciudad:
Bogotá D.C.

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	**ANDRES ORLANDO FIGUEROA TRUJILLO**
Documento de Identidad	**C.C. 1.018.466.069 de Bogotá D.C.**
Título otorgado	**MEDICO**
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	**19 DE JULIO DE 2018 / FOLIO 197 – 10 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 28**
Ciudad de expedición del titulo	**Bogotá D.C.**

Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA
Director Operativo - Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”
andfigueroa@uan.edu.co Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR
NOMBRE DEL COLABORADOR: **ANDRES ORLANDO FIGUEROA TRUJILLO**
CEDULA: **C.C. 1.018.466.069 de Bogotá D.C.**