Bogotá D.C.,

Señores: CONTE

Dirección: Dg. 40a #13 – 09

Ciudad: Bogotà

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	Jaime Acosta Santamaria
Documento de Identidad	79.309.929
Título otorgado	Tecnico Electricista
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	30/08/2008
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTÀ

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: Jaime Acosta Santamaria

CEDULA: 79.309.929