Bogotá D.C.,

Señores: Universidad Antonio Nariño

Dirección: Cra. 3 Este #47 A - 15

Ciudad: Bogotá

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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	Jorge Eliecer Pinzón Bernal
Documento de Identidad	1.010.198.588
Título otorgado	Médico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26/07/2019
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá

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: Jorge Eliecer Pinzón Bernal

CEDULA: 1.010.198.588