Bogotá D.C.,

Señores: Universidad Externado de Colombia

Dirección: Calle 12 No. 1-17 Este

Ciudad: Bogotá

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	Sandra Milena Forero García
Documento de Identidad	1121865171
Título otorgado	Trabajadora Social
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Acta 131 del 12 mayo 2015
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: Sandra Milena Forero García

CEDULA: 1121865171

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada