Bogotá D.C.,

Señores:
Fundación universitaria Juan N. Corpas
Dirección: Carrera 111 No. 159A-61
Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título **Medico y cirujano general**

Respetuoso 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 profesional, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	Diana Mayerly Chacón Ramírez
Documento de Identidad	1073505468
Título otorgado	Medico y cirujano general
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	20/06/2014 acta de grado 519
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: Diana Mayerly Chacón Ramírez

CEDULA: 1073505468