Bogotá D.C.,

Señores:
Universidad Antonio Nariño
Dirección:
Calle 58A # 37-94
Ciudad:
Bogotá D.C.

Asunto: Verificación de Título Profesional

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	Laura Daniela Trujillo Silva
Documento de Identidad	1.032.494.862
Título otorgado	Médico
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	29/06/2021 – Acta N° 57785
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.”
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: _**Laura Daniela Trujillo Silva**_____

CEDULA: 1.032.494.862