Bogotá D.C.,

Señores: CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACION SUPERIOR CUN

Dirección: Cl 12 b 04-79

Ciudad: Bogotá DC

Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar

Respetuoso saludo.

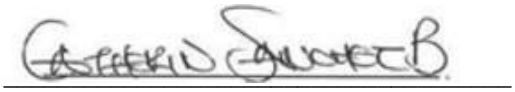
Reciba un cordial saludo,

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	Catherin Sanchez Benavides
Documento de Identidad	1.032.368.478
Título otorgado	Administrador de Empresas Agroindustriales
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26/04/2013 – 1410 libro 03
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

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: Catherin Sánchez Benavides

CEDULA: 1.032.368.478 Bogotá DC