Bogotá D.C.,

Señores: FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA

SALUD

Dirección: KR 54 # 67 a 80

Ciudad: BOGOTA

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	ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO
Documento de Identidad	1019014847
Título otorgado	ESPECIALISTA DE GERENCIA EN SALUD
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19-10-2018 / 002 Folio 003 y 004 libro de Actas N°1
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: Adriana Ginnett Mariño Urregp

CEDULA:1019014847

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS**	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: UNIVERIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y

AMBIENTALES U.D.C.A

Dirección: CL 222 # 55-37

Ciudad: BOGOTA

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	ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO
Documento de Identidad	1019014847
Título otorgado	ENFERMERA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	17-06-2010 / 5780 2-42-4685-M
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: Adriana Ginnett Mariño Urregp

CEDULA:1019014847