Bogotá D.C., 11 febrero 2025

Señores: Fundación Universitaria del Área Andina

Dirección: Calle 43 No. 57 - 14

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título Profesional

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	Juan Israel Mora Hortua
Documento de Identidad	1030661693
Título otorgado	Enfermero
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	25/01/2019 Nº 866
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: Juan Israel Mora Hortua
CEDULA: 1030661693