

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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., 05- febrero - 2025

Señores: FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ALTA ANDINA

Dirección: KR 14 A ± 704 - 34

Ciudad: BOGOTÁ

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 y apellidos	ANGIE PAOLA RODRIGUEZ PEÑUELA
Documento de Identidad	1019010588
Título otorgado	ENFERMERA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26 ENERO 2018 - 830
Ciudad de expedición del título	BOGOTÁ

Cordialmente,

*Johna Rodriguez*

#### 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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

FIRMA DEL COLABORADOR ANGIE PAOLA RODRIGUEZ P.

NOMBRE DEL COLABORADOR: ANGIE PAOLA RODRIGUEZ P.

CEDULA: 1019010588