Bogotá D.C.,

Señores: Fundación Universitaria Areandina

Dirección: Cra 14A #70A 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	Yesica Estefanía García Henao
Documento de Identidad	1.036.397.946
Título otorgado	Enfermera
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22//04/2022 N° 950
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

JESSICA GARCIA HENAO

FIRMA DEL COLABORADOR _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: Yesica Estefanía Garcia Henao

CEDULA: 1.036.397.946