| | | |
|---|---|---|
| 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<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 20/08/2024 |

Bogotá D.C.,

Señores: Fundación Universidad de América

Dirección: Avenida Circunvalar # 20-53

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 Profesional, del colaborador relacionado a continuación:*

| | |
|---|---|
| **Nombres y apellidos** | Lina Paola Ortiz Neira |
| **Documento de Identidad** | 1.019.094.407 |
| **Título otorgado** | Ingeniero Químico |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | 1 junio 2018- 822 |
| **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** Lina Ortiz

**NOMBRE DEL COLABORADOR: Lina Paola Ortiz Neira**

**CEDULA:** 1.019.094.407

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada