

	<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.,

Señores: FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Dirección: Carrera 14A #70ª 34Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título Especialista

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, del colaborador/es relacionado/s a continuación:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Omaira Bautista Lozano
<b>Documento de Identidad</b>	53002055
<b>Título otorgado</b>	Especialista Auditoria en Salud
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	11/11 /2022 – Acta 966
<b>Ciudad de expedición del titulo</b>	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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Omaira Bautista Lozano

**CEDULA:** 53002055 Bogotá

	<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.,

Señores: FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Dirección: CLL 69 # 15 40

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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	OMAYRA BAUTISTA LOZANO
<b>Documento de Identidad</b>	53002055
<b>Título otorgado</b>	ENFERMERA
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	26/07/2013 – ACTA # 633
<b>Ciudad de expedición del título</b>	BOGOTA

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

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR: OMayra BAUTISTA LOZANO**

**CEDULA: 53002055**