

	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	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., 1 de octubre 2025

Señores: Pontificia Universidad Javeriana

Dirección: Carrera 7ma. No. 40-62 Ciudad:

Bogotá, D.C.

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	ANA MARIA QUEVEDO MEDINA
Documento de Identidad	C.C. No. 52454226 de Bogotá
Título otorgado	1. Nutricionista Dietista
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	1. 22 mayo de 2002. No acta: SG-3944
Ciudad de expedición del título	1. Bogotá D.C.

Cordialmente,



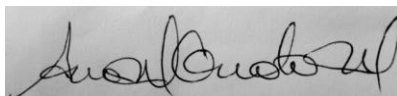
NOMBRE Y FIRMA

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: ANA MARIA QUEVEDO MEDINA

CEDULA: No. 52454226 de Bogotá

	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	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., 1 de octubre 2025

Señores: Pontificia Universidad Javeriana

Dirección: Carrera 7ma. No. 40-62

Ciudad: Bogotá, D.C.

Asunto: Verificación de Título Especialidad.

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	ANA MARIA QUEVEDO MEDINA
Documento de Identidad	C.C. No. 52454226 de Bogotá
Título otorgado	1. Especialista en administración en salud con énfasis en seguridad social
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	1. 19 de mayo de 2004. No. Acta: SG-4397
Ciudad de expedición del título	1. Bogotá D.C.

Cordialmente,



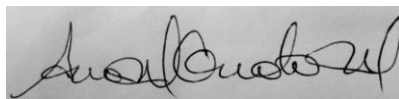
NOMBRE Y FIRMA

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: ANA MARIA QUEVEDO MEDINA

CEDULA: No. 52454226 de Bogotá