

	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., 09/01/2026

Señores: *Universidad del Rosario*

Dirección: *Av Jimenez de Quesada #4-55 a*

Ciudad: *BOGOTÁ/CUNDINAMARCA*

Asunto: *Verificación de título maestría*

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	ROSANA ALVAREZ POTES
Documento de Identidad	1077445707
Título otorgado	Maestría en Administración en Salud
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	10 Junio 2020
Ciudad de expedición del título	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 *Rosana* 

NOMBRE DEL COLABORADOR: ROSANA ALVAREZ POTES

CEDULA: 1077445707