

	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., 01/12/2025

Señores: FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AEREA ANDINA

Dirección: Carrera 14A #70A-34

Ciudad: Bogota D.C

Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar

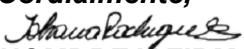
Respetuoso saludo.

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:
Cordialmente,*

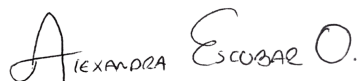
Nombres y apellidos	ALEXANDRA JANNETH ESCOBAR OROZCO
Documento de Identidad	52765386
Título otorgado	TERAPAEUTA RESPIRATORIO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Acta de grado N.º9334, Libro N.º 2, Folio N.º 61 13/07/2005
Ciudad de expedición del título	BOGOTA D.C

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


ALEXANDRA ESCOBAR O.

NOMBRE DEL COLABORADOR: ALEXANDRA ESCOBAR OROZCO
CÉDULA: 52, 644.905