

	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., 27/11/2028

Señores: FUNDACION UNIDERSITARIA DEL AREA ANDINA

Dirección: Cra. 14a #No.70 A-34,

Ciudad: Bogotá

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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	ELIANA PAOLA NOVOA BEJARANO
Documento de Identidad	1.074.416.311
Título otorgado	ENFERMERA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	29 DE JULIO DE 2020 ACTA 908
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:



NOMBRE DEL COLABORADOR: ELIANA PAOLA NOVOA BEJARANO

CEDULA: 1.074.416.311 DE GACHETÁ