Bogotá D.C.,

Señores:
Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano
Dirección: Calle de la Chichería N° 38-42
Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título **Especialista en gerencia y auditoria de la calidad en salud**

Respetuoso 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 relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	Diana Mayerly Chacón Ramírez
Documento de Identidad	1073505468
Título otorgado	Especialista en gerencia y auditoria de la calidad en salud
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	25/09/2020 acta de grado 0747
Ciudad de expedición del titulo	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: Diana Mayerly Chacón Ramírez

CEDULA: 1073505468