

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
		PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: *Fundación Universitaria del área Andina*

Dirección: *calle 69 # 15-40.*

Ciudad: *Bogotá.*

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:

Nombres y apellidos	<i>Cindy Ximena Gutierrez Torres</i>
Documento de Identidad	<i>1 022-389-339</i>
Título otorgado	<i>Enfermera Profesional</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<i>26-01-2018. ACTA No 830</i>
Ciudad de expedición del título	<i>Bogotá</i>

Cordialmente,

John Pardo

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 *Cindy Ximena Gutierrez*

NOMBRE DEL COLABORADOR: *Cindy Ximena Gutierrez*

CEDULA: *1 022-389-339.*