

	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.,

Señores: FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREAANDINA

Dirección: Carrera 14A # 70A-34, Bogotá

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto: Verificación de Título, ENFERMERA PROFESIONAL

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	ELIZABETH GRIJALBA AGUIAR
Documento de Identidad	1.033.801.000
Título otorgado	ENFERMERA PROFESIONAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	31/01/2024 / ACTA DE GRADO N° 1003
Ciudad de expedición del título	BOGOTÁ D.C

Cordialmente,

NOMBRE Y FIRMA *Elizabeth Grijalba*

FIRMA DEL COLABORADOR

NOMBRE DEL COLABORADOR: ELIZABETH GRIJALBA AGUIAR

CEDULA: 1.033.801.000

Director Operativo - Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co