Bogotá D.C.,

Señores: institución Educativa Distrital Nuevo Kennedy

Dirección: Transversal 72 B # 36 – 26 Sur

Ciudad: Bogotá 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:

Nombres y apellidos	Lina Patricia Romero Angulo
Documento de Identidad	T.I. 850421-32999 // C.C. 53.082.698
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	3 de diciembre de 2002
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: Lina Patricia Romero Angulo

CEDULA: 53082698

Bogotá D.C.,

Señores: Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Dirección: Cra. 9 bis #No. 62 – 43

Ciudad: Bogotá 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:

Nombres y apellidos	Lina Patricia Romero Angulo
Documento de Identidad	C.C. 53.082.698
Título otorgado	Especialista en psicología clínica infantil, del adolescente y familia
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14 de septiembre de 2021 / Acta # 25
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: Lina Patricia Romero Angulo

CEDULA: 53082698

Bogotá D.C.,

Señores: Fundación Universitaria Los Libertadores

Dirección: Cra 16 # 63 a 68

Ciudad: Bogotá 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:

Nombres y apellidos	Lina Patricia Romero Angulo
Documento de Identidad	C.C. 53.082.698
Título otorgado	Psicóloga
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	29 de agosto de 2014 / Acta # 84076
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: Lina Patricia Romero Angulo

CEDULA: 53.082.698