Bogotá D.C.,
Señores:UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO
Dirección: Carrera 30 8 49
Ciudad: Puerto Colombia

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	LILIANA JEANNETH ARGEL ARGEL
Documento de Identidad	32792079
Título otorgado	NUTRICIONISTA DIETISTA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	30/06/2000
Ciudad de expedición del titulo	BARRANQUILLA

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: LILIANA JEANNETH ARGEL ARGEL

CEDULA: 32792079