Bogotá D.C.,

Señores: Fundación universitaria del Área Andina

Dirección: CL 69 # 15 40

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto: Verificación de Título, Enfermera Profesional

Respetuoso saludo.

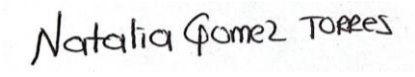
Reciba un cordial saludo,

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	María Natalia Gómez Torres
Documento de Identidad	1020783075
Título otorgado	Enfermera
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	06/12/2019/ # acta: 892
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D.C

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: Natalia Gómez Torres

CEDULA: 1020783075