

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 7
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: Escuela de salud San Pedro Claver

Dirección: Av. Caracas #9-11 sur

Ciudad: Bogotá

*Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar*

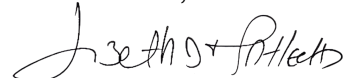
Respetuoso saludo.

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Emili Yurani Catiblanco Ramirez
<b>Documento de Identidad</b>	53053223
<b>Título otorgado</b>	Auxiliar de laboratorio clinico
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	12/19/2007
<b>Ciudad de expedición del titulo</b>	Bogotá

*Cordialmente,*

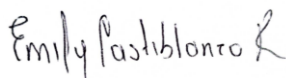


**NOMBRE Y FIRMA**

*Director Operativo - Gestión del Talento Humano  
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”*

Correo Electrónico: [verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Emili Yurani Castiblanco Ramirez

**CEDULA:** 53053223

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 7
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: Asociación AJUDISP

Dirección: Cra. 10 #15 - 39

Ciudad: Bogotá

*Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar*

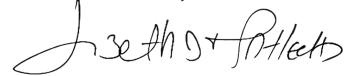
Respetuoso saludo.

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Emili Yurani Catiblanco Ramirez
<b>Documento de Identidad</b>	53053223
<b>Título otorgado</b>	Atención a víctimas de violencia sexual
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	11/22/2020
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Bogotá

*Cordialmente,*

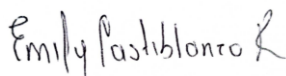


**NOMBRE Y FIRMA**

*Director Operativo - Gestión del Talento Humano  
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”*

Correo Electrónico: [verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Emili Yurani Castiblanco Ramirez

**CEDULA:** 53053223

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 7
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: La universidad de los andes facultad de medicina

Dirección: Cra. 7 #116-5

Ciudad: Bogotá

*Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar*

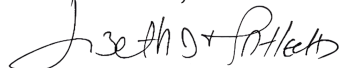
Respetuoso saludo.

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Emili Yurani Catiblanco Ramirez
<b>Documento de Identidad</b>	53053223
<b>Título otorgado</b>	Entrenamiento para la vacunación del COVID - 19
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	3/2/2021
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Bogotá

*Cordialmente,*

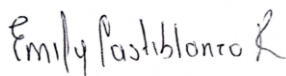


**NOMBRE Y FIRMA**

*Director Operativo - Gestión del Talento Humano  
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E."*

Correo Electrónico: [verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Emili Yurani Castiblanco Ramirez

**CEDULA:** 53053223

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 7
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: INNOVASALUD

Dirección: Cra. 49d #91-56

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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Emili Yurani Catiblanco Ramirez
<b>Documento de Identidad</b>	53053223
<b>Título otorgado</b>	Programa amplio de inmunización
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	11/20/2024
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Bogotá

*Cordialmente,*

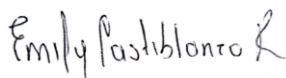


**NOMBRE Y FIRMA**

*Director Operativo - Gestión del Talento Humano  
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”*

Correo Electrónico: [verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Emili Yurani Castiblanco Ramirez

**CEDULA:** 53053223

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 7
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: INNOVASALUD

Dirección: Cra. 49d #91-57

Ciudad: Bogotá

*Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar*

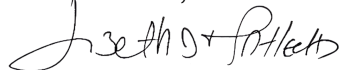
Respetuoso saludo.

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Emili Yurani Catiblanco Ramirez
<b>Documento de Identidad</b>	53053223
<b>Título otorgado</b>	Atención a víctimas de violencia y abuso sexual
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	11/21/2024
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Bogotá

*Cordialmente,*

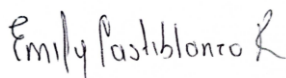


**NOMBRE Y FIRMA**

*Director Operativo - Gestión del Talento Humano  
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”*

Correo Electrónico: [verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Emili Yurani Castiblanco Ramirez

**CEDULA:** 53053223

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 7
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: Escuela de salud San Pedro Claver

Dirección: Av. Caracas #9-11 sur

Ciudad: Bogotá

*Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar*

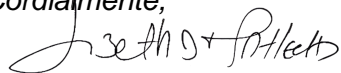
Respetuoso saludo.

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Emili Yurani Catiblanco Ramirez
<b>Documento de Identidad</b>	53053223
<b>Título otorgado</b>	Técnico en auxiliar de enfermería
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	12/19/2007
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Bogotá

*Cordialmente,*

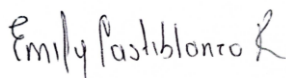


**NOMBRE Y FIRMA**

*Director Operativo - Gestión del Talento Humano  
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”*

Correo Electrónico: [verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Emili Yurani Castiblanco Ramirez

**CEDULA:** 53053223

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 1 DE 7
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: Colegio la presentación de las ferias

Dirección: Cra 17A # 167B - 03

Ciudad: Bogotá

*Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar*

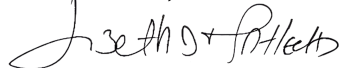
Respetuoso saludo.

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Emili Yurani Catiblanco Ramirez
<b>Documento de Identidad</b>	53053223
<b>Título otorgado</b>	Bachiller comercial
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	12/1/2001
<b>Ciudad de expedición del título</b>	Bogotá

*Cordialmente,*

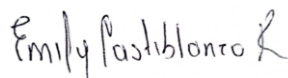


**NOMBRE Y FIRMA**

*Director Operativo - Gestión del Talento Humano  
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”*

Correo Electrónico: [verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Emili Yurani Castiblanco Ramirez

**CEDULA:** 53053223