

	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: PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Dirección: KR 7 40 62

Ciudad: BOGOTA D.C

Asunto: Verificación de Título Pregrado

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	LAURA MELISSA MENDIVELSO MONTEALEGRE
Documento de Identidad	1026599606
Título otorgado	ENFERMERA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22/01/2021 No. de Acta 0 2 1 0 1 2 2 0 1 0 3
Ciudad de expedición del título	BOGOTA 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 LAURA M MENDIVELSO M.

NOMBRE DEL COLABORADOR: LAURA MELISSA MENDIVELSO

MONTEALEGRE

CEDULA: 1026599606

	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: UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Dirección: KR 24 63C 69

Ciudad: BOGOTA D.C

Asunto: Verificación de Título Posgrado

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	LAURA MELISSA MENDIVELSO MONTEALEGRE
Documento de Identidad	1026599606
Título otorgado	MAGISTER EN EPIDEMIOLOGIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	31/10/2024 No. de Acta 26503
Ciudad de expedición del título	MEDELLIN-ANTIOQUIA

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

LAURA M. MENDIVELSO M.

NOMBRE DEL COLABORADOR: LAURA MELISSA MENDIVELSO

MONTEALEGRE

CEDULA: 1026599606