Bogotá D.C., Septiembre 9 de 2025

Señores: Dirección: Fundación Universitaria del Área Andina

Ciudad: Bogotá

*Asunto: Verificación de Título 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** | Claudia Liliana Mora Cubillos |
| **Documento de Identidad** | 1024496562 |
| **Título otorgado** | Enfermera |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | Julio 26 2013 |
| **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: Claudia Liliana Mora Cubillos**

**CEDULA:1024496562**

Bogotá D.C., Septiembre 9 de 2025

Señores: Dirección: Fundación Universitaria del Área Andina

Ciudad: Bogotá

*Asunto: Verificación de Título Especialidad*

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** | Claudia Liliana Mora Cubillos |
| **Documento de Identidad** | 1024496562 |
| **Título otorgado** | Especialista en Auditoria en Salud |
| **Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta** | Marzo 28 de 2014 |
| **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: Claudia Liliana Mora Cubillos**

**CEDULA:1024496562**