Bogotá D.C.,

Señores: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Dirección: Carrera 54 67ª-80

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	Laura Marcela Niño Rojas
Documento de Identidad	1015451558
Título otorgado	Médico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	15/12/2024 - 056
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 Laura Marcela Niño R.

NOMBRE DEL COLABORADOR: Laura Marcela Niño Rojas

CEDULA: 1015451558