	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 2
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 28/11/2025

Señores: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Dirección: Carrera 54 No. 67A - 80

Ciudad: Bogotá

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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 Yanneth López Ramírez
Documento de Identidad	1001056968
Título otorgado	TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAN EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19/08/2020 No. De Acta 51
Ciudad de expedición del título	Bogotá

Cordialmente,

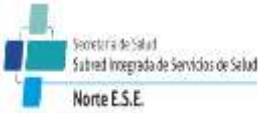


NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo - Gestión del Talento Humano

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

	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: 2 DE 2
		FECHA: 20/08/2024

FIRMA DEL COLABORADOR:

Laura López Ramírez

NOMBRE DEL COLABORADOR: *Laura Yanneth López Ramírez*

CEDULA: 1001056968