

	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 1113
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., Noviembre 26 de 2025

Señores: FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dirección: Cra 54 No 67 a 80

Ciudad: BOGOTA

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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 XIOMARA MARTINEZ LIEVANO
Documento de Identidad	1072746496
Título otorgado	ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUIDADO CRITICO DEL ADULTO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	12/16/2021 - 211
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

Cordialmente,

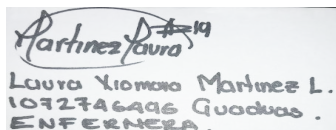


NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo - Gestión del Talento Humano

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

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co



LAURA XIOMARA MARTINEZ L.
1072746496 Quindío.
ENFERMERA.

FIRMA DEL COLABORADOR:

NOMBRE DEL COLABORADOR: LAURA XIOMARA MARTINEZ LIEVANO

CEDULA: 1072746496