

| | | |
|---|--|---------------------|
|  | 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., 20 de marzo de 2026.

Señores: FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

Dirección: KR 16 63 A 68

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 | IVON CAROLINA BENAVIDES PLAZAS |
| Documento de Identidad | CC. 53080842 |
| Título otorgado | PSICOLÓGA |
| Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta | 10 de septiembre de 2010 ACTA 250387 |
| Ciudad de expedición del título | BOGOTÁ |

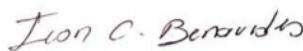
Cordialmente,



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

FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR: IVON CAROLINA BENAVIDES

CEDULA: 53080842