Bogotá D.C., 27 de mayo del 2026

Señores: Campo alto

Dirección: cra103B #136-3

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	Erika Yuliana Barajas Roman
Documento de Identidad	1001118486
Título otorgado	Técnico laboral por competencias en auxiliar de enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	06-10-2022 No. Acta: 30631
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: Erika Yuliana Barajas Roman

CEDULA: 1001118486