

	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., 10 de diciembre de 2024

Señores: UNIVERSIDAD INCCA DE COLOMBIA

Dirección: CARRERA 13 24-15

Ciudad: BOGOTÁ

Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar

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	VANESSA JULIETH ZUÑIGA GUTIERREZ
Documento de Identidad	1016033051
Título otorgado	PSICOLOGA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19/06/2020 – N° ACTA: 1852
Ciudad de expedición del título	BOGOTÁ D.C

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 Vanessa Zuñiga

NOMBRE DEL COLABORADOR: VANESSA JULIETH ZUÑIGA GUTIERREZ

CEDULA: 1.016.033.051