

	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., 24-04-2025

Señores: Politécnico grancolombiano

Dirección: Calle 57 # 3 00

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	Tania Lorena Gomez Rubio
Documento de Identidad	1233502847
Título otorgado	Psicología
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	07- abril- 2022- 108324
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá 24-04-2025

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: Tania Lorena Gomez Rubio

CEDULA: 1233502847