

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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., 7 de julio de 2025

Señores: IED GUSTAVO RESTREPO

Dirección:

Ciudad: BOGOTA D.C.

*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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	JIMMY ALEXANDER GOMEZ RODRIGUEZ
<b>Documento de Identidad</b>	80811802
<b>Título otorgado</b>	BACHILLER TECNOLÓGICO
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	1/31/2005 , N° ACTA: 84
<b>Ciudad de expedición del título</b>	BOGOTA 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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

FIRMA DEL COLABORADOR 

**NOMBRE DEL COLABORADOR: JIMMY ALEXANDER GOMEZ RODRIGUEZ**

**CEDULA: 80811802**