Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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., 25 JULIO 2025

Señores: Corporación Universitaria Iberoamericana

Dirección: Cl. 67 #5 - 27 Se

Ciudad: Bogotá D.C.

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	Paola Geraldinne Alzate Rodriguez
Documento de Identidad	CC 1018487995
Título otorgado	Psicóloga
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22/ noviembre/2024 Acta 576/2024
Ciudad de expedición del titulo	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

Paola G. Alzate

FIRMA DEL COLABORADOR _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: Paola Geraldinne Alzate Rodriguez

CEDULA: 1018487995