

|                                                                                   |                                                                                  |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  | <b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>                                           | CÓDIGO: AP-TH-F-147 |
|                                                                                   |                                                                                  | VERSIÓN: 1          |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1      |
|                                                                                   |                                                                                  | FECHA: 20/08/2024   |

**Bogotá D.C.**

**Señores:** Fundación Universitaria Los Libertadores

**Dirección:** KR 16 63 A 68

**Ciudad:** Bogotá

**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 Profesional relacionado a continuación:*

|                                                 |                                      |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Nombres y apellidos</b>                      | Kersim Karin Rodríguez Corredor      |
| <b>Documento de Identidad</b>                   | 1016022466                           |
| <b>Título otorgado</b>                          | Psicóloga                            |
| <b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b> | Agosto 24 de 2012, No de Acta: 78112 |
| <b>Ciudad de expedición del título</b>          | 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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR:** 

**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Kersim Karin Rodríguez Corredor

**CEDULA:** 1016022466

|                                                                                   |                                                                                  |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|  | <b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>                                           | CÓDIGO: AP-TH-F-147 |
|                                                                                   |                                                                                  | VERSIÓN: 1          |
|                                                                                   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E<br>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | PÁGINA: 1 DE 1      |
|                                                                                   |                                                                                  | FECHA: 20/08/2024   |

**Bogotá D.C.**

**Señores:** Universidad El Bosque

**Dirección:** AV KR 9 131 A - 02

**Ciudad:** Bogotá

**Asunto:** Verificación de Título Especialidad

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 relacionado a continuación:*

|                                                 |                                                            |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y apellidos</b>                      | Kersim Karin Rodríguez Corredor                            |
| <b>Documento de Identidad</b>                   | 1016022466                                                 |
| <b>Título otorgado</b>                          | Especialista en Psicología Clínica y autoeficacia personal |
| <b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b> | Marzo 3 de 2016, No de Acta: 1030                          |
| <b>Ciudad de expedición del título</b>          | 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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR:**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** Kersim Karin Rodríguez Corredor

**CEDULA:** 1016022466