Bogotá D.C.,

Señores: Fundación universitaria Uniclaretiana

Ciudad: Bogotá 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:

Nombres y apellidos	Gloria Esperanza Suarez Gutiérrez
Documento de Identidad	52299506
Título otorgado	Trabajadora Social
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	Marzo 28 de 2025 / Acta N.º 933
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

Gloria Esperanza Suarez G.

FIRMA DEL COLABORADOR
NOMBRE DEL COLABORADOR: Gloria Esperanza Suarez Gutiérrez
CEDULA: 52299506