

	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 3
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., NOVIEMBRE 27 DE 2025

Señores: INSTITUCION EDUCATIVA JENADIA DIAZ JORDAN

Dirección: GARZON HUILA

Ciudad: HUILA

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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 BACHILLERr, del colaborador/es relacionado/s a continuación:

Nombres y apellidos	MARIA CONTANZA GOMEZ VASQUEZ
Documento de Identidad	1077856375
Título otorgado	BACHILLER
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	03/12/2007 ACTA NO 064
Ciudad de expedición del título	GARZON HUILA

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: MARIA CONTANZA GOMEZ VASQUEZ

CEDULA: 1077856375

	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: 2 DE 3
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., NOVIEMBRE 27 DE 2025

Señores: HUMANAR

Dirección: BOGOTA

Ciudad: BOGOTA

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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, Técnico o Auxiliar, del colaborador/es relacionado/s a continuación:

Nombres y apellidos	MARIA CONTANZA GOMEZ VASQUEZ
Documento de Identidad	1077856375
Título otorgado	<i>Técnico o Auxiliar de enfermería</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	10/12/2014 ACTA No 0787
Ciudad de expedición del título	BOGOTA

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: MARIA CONTANZA GOMEZ VASQUEZ

CEDULA: 1077856375

	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: 3 DE 3
		FECHA: 20/08/2024