Bogotá D.C., 31/12/2025

Señores: Universidad Nacional de Colombia

Dirección: Cra 45 # 26-85

Ciudad: Bogotá

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

Nombres y apellidos	Mariana Andrea Torres Gonzalez
Documento de Identidad	CC 1020812004
Título otorgado	Enfermera
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	29/04/2022
Ciudad de expedición del titulo	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

FIRMA DEL COLABORADOR: Mariana A. Torres

NOMBRE DEL COLABORADOR: Mariana Andrea Torres Gonzalez.

CEDULA: 1020812004