

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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., Agosto 25 de 2025

Señores: (Colegio Cooperativo Maria Auxiliadora)

Dirección: (calle 27 sur >No. 5 - 60)

Ciudad: (Bogotá)

Asunto: Verificación de Título Bachiller Académico

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	Liliana Guacari Rodriguez
Documento de Identidad	CC: 52166472
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	3 Diciembre de 1993/Acta 017
Ciudad de expedición del título	Bogotá

Cordialmente,



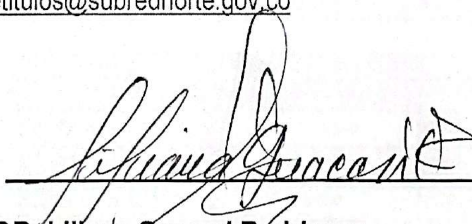
**NOMBRE Y FIRMA**

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: Liliana Guacari Rodriguez

CEDULA:CC: 52166472

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos  
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	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., Agosto 25 de 2025

Señores: Centro de juventudes trabajadoras Hermanas de San Juan  
evangelista.

Dirección: (Cra 8 No. 56 - 14)

Ciudad: (Bogotá)

Asunto: Verificación de Título TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA  
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	Liliana Guacari Rodriguez
Documento de Identidad	CC: 52166472
Título otorgado	Auxiliar en Enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21 junio 2003/Acta No. 346
Ciudad de expedición del título	Bogotá

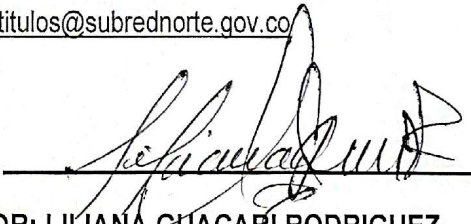
Cordialmente,



**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: LILIANA GUACARI RODRIGUEZ

CEDULA: CC52166472

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos  
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada