	<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., 15/10/2025

Señores: Colegio Príncipe De Paz  
Dirección: Calle 41 sur # 3 -55  
Ciudad: BOGOTÁ

*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:*

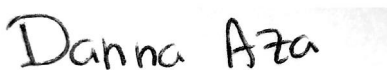
Nombres y apellidos	DANNA JULIETH AZA VIRGÜEZ
Documento de Identidad	96120607534
Título otorgado	Bachiller Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	01 Diciembre 2012 / Acta # 22
Ciudad de expedición del título	BOGOTÁ

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:** Danna Julieth Aza Virgüez  
**CEDULA:** 1023957475

	<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., 15/10/2025

Señores: Institución Campo Alto  
Dirección: Av caracas # 31 -22  
Ciudad: Bogotá

*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	Danna Julieth Aza Virgüez
Documento de Identidad	1023957475
Título otorgado	Técnico laboral por competencias en auxiliar en enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	25 Abril 2015 / Folio # 42 Libro 6 Registro 16354
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:** Danna Julieth Aza Virgüez  
**CEDULA:** 1023957475