Bogotá D.C,27 noviembre 2025

Señores: UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Dirección: Calle 22 Sur # 12 D 81

Ciudad: Bogotá

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS
Respetuoso saludo.

Reciba un cordial saludo,

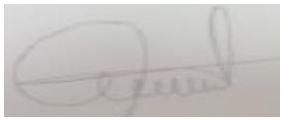
Con el fin de realizar el procedimiento de verificación del título, según se encuentra establecido en la normatividad vigente para los procesos de Habilitación y Acreditación de Prestadores de Servicios de Salud, nos permitimos solicitarles se sirva confirmarnos la expedición, por parte de su institución, del título de grado como Especialista, Profesional, Técnico o Auxiliar, del colaborador/es relacionado/s a continuación:

Nombres y apellidos	Diana Shirley Hernández Marín
Documento de Identidad	1090476150
Título otorgado	MEDICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	26/01/2021 ACTA N°56424
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA D.C.26/01/2021

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: Diana Shirley Hernández Marín

CEDULA: 1090476150