

	<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 2
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 11/12/2025

Señores: ASED

Dirección: CRA 9 #28-29

Ciudad: BOGOTA

**Asunto:** VERIFICACIÓN DE TÍTULOS

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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	DIANA PAOLA ARIAS BAQUERO
<b>Documento de Identidad</b>	1013578340
<b>Título otorgado</b>	BACHILLER ACADEMICO
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	7/08/2004 No. 011
<b>Ciudad de expedición del título</b>	BOGOTA

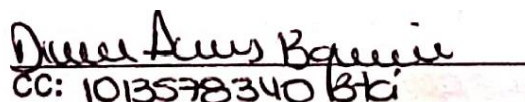
*Cordialmente,*



**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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)


**FIRMA DEL COLABORADOR:**



CC: 1013578340 Bti

**NOMBRE DEL COLABORADOR:** DIANA PAOLA ARIAS BAQUERO

**CEDULA:** 1013578340

	<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: 2 DE 2
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 11/12/2025

Señores: CEADES

Dirección: CLL 18 3 13-26

Ciudad: BOGOTA

**Asunto:** VERIFICACION 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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	DIANA PAOLA ARIAS BAQUERO
<b>Documento de Identidad</b>	1013578340
<b>Título otorgado</b>	AUXILIAR ENFERMERIA
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	21/12/2009 No.8
<b>Ciudad de expedición del título</b>	BOGOTA

*Cordialmente,*



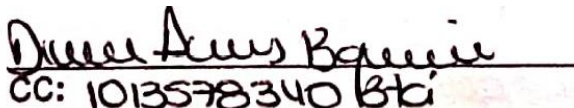
**NOMBRE Y FIRMA**

Director Operativo - Gestión del Talento Humano

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

Correo Electrónico: [verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR:**



CC: 1013578340 Bti

**NOMBRE DEL COLABORADOR:** DIANA PAOLA ARIAS BAQUERO

**CEDULA:** 1013578340