

	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	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., 31/10/2025

Señores: ASED

Dirección: CALLE 71 36B -22

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	JOHN SAMITH ARIAS BAQUERO
Documento de Identidad	80213212
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	03/08/2002 No.007
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

Cordialmente,



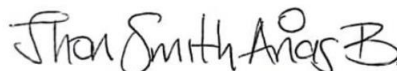
NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo - Gestión del Talento Humano

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

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR:



NOMBRE DEL COLABORADOR: JOHN SAMITH ARIAS BAQUERO

CEDULA: 80213212

	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	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., 31/10/2025

Señores: CEADS

Dirección: CRA 10 # 1-99 SUR

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	JOHN SAMITH ARIAS BAQUERO
Documento de Identidad	80213212
Título otorgado	AUXILIAR ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22/07/2005 No. 060/5
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

Cordialmente,



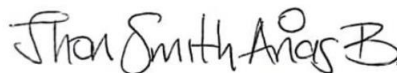
NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo - Gestión del Talento Humano

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

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR:



NOMBRE DEL COLABORADOR: JOHN SAMITH ARIAS BAQUERO

CEDULA: 80213212