

	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 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 14/02/2026

Señores: Colegio distrital Juan Evangelista Gómez

Dirección: Diagonal 39 Sur No. 2-10 Este,

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	DIANA CAROLINA LOMBANA FLOREZ
Documento de Identidad	1010175486
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	06/12/2003 NUMERO DE ACTA 3324
Ciudad de expedición del título	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: DIANA CAROLINA LOMBANA

FLOREZ

CEDULA: 1010175486

	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 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 14/02/2026

Señores: Pontificia Universidad Javeriana

Dirección: Ak 7 #40 - 62

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de Título técnico Laboral Por Competencias En Salud Oral

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 CAROLINA LOMBANA FLOREZ
Documento de Identidad	1010175486
Título otorgado	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SALUD ORAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	10/07/2014 NUMERO DE ACTA 000081
Ciudad de expedición del título	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: DIANA CAROLINA LOMBANA

FLOREZ

CEDULA: 1010175486