	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 3
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., agosto 06 de 2025

Señores:
LICE INTEGRAL SANTO TOMAS
Dirección:
CALLE 1 SUR No 86-30
Ciudad:
BOGOTA

Asunto: Verificación de Título BACHILLER

Respetuoso 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 BACHILLER , del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	<u>SANDRA YELITZA LOPEZ GUTIERREZ</u>
Documento de Identidad	<u>1233500176</u>
Título otorgado	BACHILLER
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	27/11/2015 ACTA No 17
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

Sandra Lopez

FIRMA DEL COLABORADOR _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: SANDRA YELITZA LOPEZ GUTIERREZ

CEDULA: 1233500176

	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 3
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., agosto 06 de 2025

Señores:
AREANDINA
Dirección:
CARACAS CON 72
Ciudad:
BOGOTA

Asunto: Verificación de Título ENFERMERA

Respetuoso 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 ENFERMERA , del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	<u>SANDRA YELITZA LOPEZ GUTIERREZ</u>
Documento de Identidad	<u>1233500176</u>
Título otorgado	ENFERMERA
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	30/07/2021 ACTA No 927
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

Sandra Lopez

FIRMA DEL COLABORADOR _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: SANDRA YELITZA LOPEZ GUTIERREZ

CEDULA: 1233500176

	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: 3 DE 3
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., agosto 06 de 2025

Señores:
AREANDINA
Dirección:
CARACAS CON 72
Ciudad:
BOGOTA

Asunto: Verificación de Título ENFERMERA

Respetuoso 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 ENFERMERA , del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	<u>SANDRA YELITZA LOPEZ GUTIERREZ</u>
Documento de Identidad	<u>1233500176</u>
Título otorgado	ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	2207/2024 ACTA No 1013
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

Sandra Lopez

FIRMA DEL COLABORADOR _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: SANDRA YELITZA LOPEZ GUTIERREZ

CEDULA: 1233500176