

	<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 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 25/9/2025

Señores: UNIVERDIDAD MANUELA BELTRAN

Dirección: Cra.1 #No.60- 00

Ciudad: Bogotá

*Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar*

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>	EVELIN JULIETH LOPEZ QUIÑONEZ
<b>Documento de Identidad</b>	1012362932 de Bogotá
<b>Título otorgado</b>	ENFERMERA
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	20/09/2013 / ACTA 269
<b>Ciudad de expedición del título</b>	BOGOTA

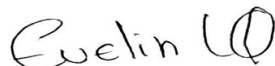
*Cordialmente,*



**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**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** EVELIN JULIETH LOPEZ QUIÑONEZ

**CEDULA:** 1.012.362.932

	<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 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., 25/9/2025

Señores: UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

Dirección: Carrera 9 # 51 11

Ciudad: Bogotá

*Asunto: Verificación de Título Especialidad, Profesional, Técnico y Auxiliar*

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>	EVELIN JULIETH LOPEZ QUIÑONEZ
<b>Documento de Identidad</b>	1012362932 de Bogotá
<b>Título otorgado</b>	ESPECIALISTA EN AUDITORIA DE LA SALUD
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	6/9/2018/ Acta :3953
<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**



**NOMBRE DEL COLABORADOR:** EVELIN JULIETH LOPEZ QUIÑONEZ

**CEDULA:** 1.012.362.932