

	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., NOVIEMBRE 2025

Señores: COLEGIO DISTRITAL RODRIGO LARA BONILLA

Dirección: Calle 64 Sur # 29-19

Ciudad: BOGOTA

Asunto: Verificación de Título de Bachiller Academico

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	MARTHA MILENA CEPEDA LOPEZ
Documento de Identidad	52241966
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	21/11/1997 ACTA 13
Ciudad de expedición del título	BOGOTAD.C

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: MARTHA MILENA CEPEDA LOPEZ

CEDULA: 52241966

	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

	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., NOVIEMBRE 2025

Señores: ESCOLSALUD

Dirección: Calle 74 A # 20 c-29

Ciudad: BOGOTAD.C

Asunto: Verificación de Título , Técnico Laboral en Auxilia de Enfermería

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	MARTHA MILENA CEPEDA LOPEZ
Documento de Identidad	52241966
Título otorgado	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	04/09/1998 ACTA 005
Ciudad de expedición del título	BOGOTAD.C

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: MARTHA MILENA CEPEDA LOPEZ

CEDULA: 52241966