

	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. 23 de noviembre del 2025

Señores: Corporación educativa indoamericana

Dirección: Calle 59 No 14 - 62

Ciudad: Bogotá

Asunto: Despachadora de aeronaves

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	Sandra Patricia López Pataquiva
Documento de Identidad	1.136.883.058
Título otorgado	Despachador de aeronaves
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	28 de agosto del 2009
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: Sandra Patricia López Pataquiva

CÉDULA: 1.136.883.058

	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. 23 de noviembre del 2025

Señores: Politécnico de Colombia

Dirección: Calle 48 No 77 C - 32

Ciudad: Bogotá

Asunto: Facturación en salud

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	Sandra Patricia López Pataquiva
Documento de Identidad	1.136.883.058
Título otorgado	Diplomado en facturación en salud
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	18 de junio del 2016
Ciudad de expedición del título	Medellín

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: Sandra Patricia López Pataquiva

CÉDULA: 1.136.883.058