

	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., 20 de noviembre de 2025

Señores: UNISANITAS

Dirección: Calle 170 No. 8-41

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:

Nombres y apellidos	ADRIANA YANIRA LOZA CAYCEDO
Documento de Identidad	52266048
Título otorgado	ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	6 de mayo 2013
Ciudad de expedición del título	Bogotá

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

Adriana Y. Lozano C.

NOMBRE DEL COLABORADOR: ADRIANA YANIRA LOZANO CAYCEDO

CEDULA: 3163709134