

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Centro Johann Kepler

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Según resolución No. 2091 del 01 de Julio de 1999

Confiere a:

MOSQUERA MARTINEZ DREIDER STHEFANY

C. C. 1013645745 de Bogotá D. C.

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

Anderson Salcedo Valle

Rector (a)

Hugo Hernán Ortiz

Secretario (a)



ANOTADO FOLIO No. 50 DEL LIBRO DE REGISTRO No. 362
DADO A LOS 4 DIAS DEL MES DE Julio DE 2015

*No se requiere registro, Según Decreto No. 921 del 6 Mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.*

-7-



Acta Individual de Grado

Centro Johann Kepler



Autorizado por la secretaria de Educación de Bogotá D. C.

Según resolución No. 2091 del 01 de Julio de 1999

Carrera 16 No 61 41 Tel: 235 8767 547 2508

En la ciudad de Bogotá D. C. a los Cuatro (4) días del mes de Julio de 2015, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de grado Once, los suscritos Rector y Secretario del CENTRO JOHANN KEPLER, institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de educación Media Académica y autorizada para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución No. 2091 del 1 de julio de 1999.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación Básica y Media Académica se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y números de documento de identidad se relacionan a continuación:

MOSQUERA MARTINEZ DREIDER STHEFANY
C. C. 1013645745 de Bogotá D. C.

Es fiel copia tomada del acta original General No. 362 del Cuatro (4) de Julio de 2015 que consta de 77 estudiantes; comienza con el nombre de ACEVEDO GARZON ANGIE ESTEFANIA y termina con el nombre de VERGARA RINCON IVON GINETH.

Dado en Bogotá D. C. a los Cuatro (4) días del mes de Julio de 2015.

Anderson Salcedo Valle

Rector

Hugo Hernán Ortiz

Secretario

Folio 50

No requiere registro, "según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994.
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República"

- 7 -



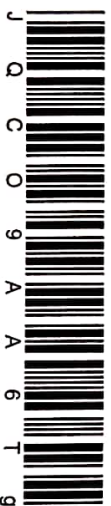
La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

DREIDER STPHANY MOSQUERA MARTINEZ
C.C. 1013645745

participó en el curso virtual:

Vacunación contra el COVID-19 abordaje administrativo

Primer semestre año 2021
Con una intensidad horaria de 10 horas
Bogotá



CDEIS

Sara Marcela Valencia Cadavid
Coordinadora CDEIS



SECRETARÍA DE
SALUD

BOGOTÁ



ALCALDÍA
MAYOR OE
BOGOTÁ
D.c.
SALUD

Bogotá D.C, Subred de salud Integrada sur da Sarv[ctosESE

Señores:

COLEGIO JOHANN KEPLER

Dirección:

KR 16 # 61 - 41

Ciudad:

Bogota D.C.

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el título expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	DREIDER STPHANY MOSQUERA MARTINEZ
Documento de Identidad	1013645745
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta • No. de Acta	04/07/2015
Ciudad de expedición del título	BOGOTA D.C.

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE.

DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Dirección: calle. # 34-94

Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subrpdsuroccidente.gov.co

Atentamente,

Director

DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4° de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, tes informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo. Atentamente,

NOMBRE DEL COLABORADOR : DREIDER STPHANY MOSQUERA MARTINEZ

CEDULA 1013645745

CalleO9#39-46

Código postal '110851

Tel.: 7560505

Secretaría de Salud

Subred

Sur

Occidente ESE. www.subredsuroccidente.gov.co Info: 195