

	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., 25 de marzo 2025

Señores: Fundación de Socorrista Desarrollo y Acción FUSDESA

Dirección: CL 15 SUR 16 83

Ciudad: Bogotá D.C

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	Sandra Patricia Castillo Beltran
Documento de Identidad	1013624545
Título otorgado	TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19 de junio 2010 - No. de Acta 023 – acta Individual 9512
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D. 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: Sandra Patricia Castillo Beltran

CEDULA: 1013624545

	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., 25 de marzo 2025

Señores: Colegio María Mercedes Carranza IED

Dirección: TV 70 G 65 02 SUR

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto: Verificación de Título 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	Sandra Patricia Castillo Beltran
Documento de Identidad	1013624545
Título otorgado	BACHILLER ACADEMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	05 de Diciembre 2008 – Acta General No. 03, Folio No. 08
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D. 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: Sandra Patricia Castillo Beltran

CEDULA: 1013624545