

	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.,

Señores: Corporación Iberoamericana de Estudio -CIES

Dirección: Av. 1 de mayo # 29-65

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título técnico

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 Rincón Guerrero
Documento de Identidad	1,068.952.102
Título otorgado	Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar Administrativo
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	1872 17/12/2023
Ciudad de expedición del título	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 Rincón Guerrero

CEDULA: 1,068.952.102

	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.,

Señores: Instituto de Educación para Jóvenes y Adultos de Cundinamarca (IDEAC) Dirección:

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título Bachiller

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 Rincón Guerrero
Documento de Identidad	1,068.952.102
Título otorgado	Bachiller académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	74 13/12/2002
Ciudad de expedición del título	Carmen de Carupa

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 Rincón Guerrero

CEDULA: 1.068.952.102