Bogotá D.C., 13 de septiembre de 2024

Señores: FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "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	KAREN ESTEPHANIE DIAZ MELO
Documento de Identidad	1024575544
Título otorgado	Auxiliar de Enfermería
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	16/12/2016, N° ACTA: 036
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: KAREN ESTEPHANIE DIAZ MELO

CEDULA: 1024575544