Bogotá D.C.10 DICIEMBRE 2024
Señores: FUSDESA FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
Dirección: CALLE 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	YULI ANDREA LUNA TRIANA
Documento de Identidad	1106896205
Título otorgado	TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	15 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO 2017 16806-038
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA 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

yuli Andrea Luna

FIRMA DEL COLABORADOR

NOMBRE DEL COLABORADOR: YULI ANDREA LUNA TRIANA

CEDULA:116896205