Bogotá D.C

Señores: SENA

Dirección: AVENIDA CARRERA 30 # 17 28

Ciudad: BOGOTA

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	NANCY FUENTES LEON
Documento de Identidad	52928274
Título otorgado	TECNOLOGO EN CONTROL DE CALIDAD DE ALIMENTOS
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	10 DE OCTUBRE 2016 22188934
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA

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 COLABOR

NOMBRE DEL COLABORADOR: NANCY FUENTES LEON

CEDULA: 52928274