Bogotá D.C., 15/10/2025

Señores: FUSDESA

Dirección: Calle 15 sur # 16-83

Ciudad: Bogotá

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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	MUÑOZ MONTAÑO SHIRLEY ZORANYELA
Documento de Identidad	1033754031
Título otorgado	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19/12/2012
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA 19/12/2012

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: MUÑOZ MONTAÑO SHIRLEY ZORANYELA
CEDULA: 1033754031