Bogotá D.C.,

Señores: FUNDETSALUD

Dirección: BOGOTÁ

Ciudad: BOGOTÁ

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULO

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 MILENA CLAVIJO AGUILERA
Documento de Identidad	53130873
Título otorgado	TECNICO AIXILIAR EN ENFERMERÍA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	16/08/2019
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTÁ

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 MILENA CLAVIJO AGUILERA

CEDULA: 53130873