Bogotá D.C.,

Señores: (**FUSDESA**)

Dirección:

Ciudad: BOGOTA D.C

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	JOHN JAIRO VILLA ALZATE
Documento de Identidad	1.073.679.457
Título otorgado	AUXILIAR EN ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	19 DE DIEMBRE DE 2015
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

FIRMA DEL COLABORADOR:

NOMBRE DEL COLABORADOR: JOHN JAIRO VILLA ALZATE

CEDULA: 1.073.679.457 DE SOACHA