Bogotá D.C.,

Señores:
FUSDESA
Dirección:
Cl. 15 Sur #16-83
Ciudad:
BOGOTA

Asunto: Verificación de Título: Técnico y Auxiliar

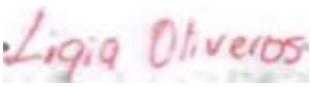
Respetuoso saludo.

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 Técnico o Auxiliar, del colaborador relacionado a continuación:

Nombres y apellidos	LIGIA YANETH OLIVEROS SAENZ
Documento de Identidad	52.542.762
Título otorgado	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado	15/12/2018
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 COLABORADOR 

NOMBRE DEL COLABORADOR: Ligia Yaneth Oliveros Sáenz

CEDULA: 52.542.762