Bogotá D.C., NOVIEMBRE 30 DE 2025

Señores: FUSDESA

Dirección: CLL 15 SUR # 16 - 83

Ciudad: BOGOTA DC

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	ELIANA CORONADO GALLARDO
Documento de Identidad	1007821204
Título otorgado	AUXILIAR EN ENFERMERIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	SEPTIEMBRE 28 DE 2019 FOL 394 LB 07
Ciudad de expedición del titulo	BOGOTA DC

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

Eliana Coronado

FIRMA DEL COLABORADOR _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: ELIANA ANDREA CORONADO GALLARDO

CEDULA: 1007821204 DE BGTA