

	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 2 DE 3
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C., julio 31 de 2025

Señores:  
IUNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
Dirección:  
BUCARAMANGA  
Ciudad:  
BUCARAMANGA

**Asunto:** Verificación de Título ENFERMERO

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 ENFERMERO , del colaborador relacionado a continuación:

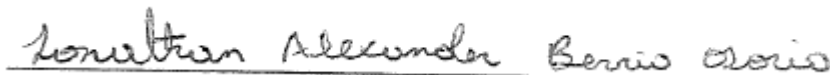
<b>Nombres y apellidos</b>	<u>JONATHAN ALEXANDER BARRIO OSORIO</u>
<b>Documento de Identidad</b>	<u>1098617608</u>
<b>Título otorgado</b>	ENFERMERO
<b>Fecha del diploma / Fecha y No. del Acta de grado</b>	28/03/2010 ACTA No 45976
<b>Ciudad de expedición del título</b>	BUCARAMANGA

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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)



**FIRMA DEL COLABORADOR** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL COLABORADOR:** JONATHAN ALEXANDER BARRIO OSORIO

**CEDULA:** 1098617608

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Listado Maestro de Documentos  
No haga copias de este documento porque corre el riesgo de tener una versión desactualizada

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.</p>	<b>FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS</b>	CÓDIGO: AP-TH-F-147
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	PÁGINA: 3 DE 3
		FECHA: 20/08/2024