Bogotá D.C., 28/09/2025

Señores: Universidad Industrial de Santander

Dirección: Calle 9N° 27-3

Ciudad: Bucaramanga

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	JAVIER RICARDO MEDINA ROMERO
Documento de Identidad	91.215.778
Título otorgado	MEDICO GENERAL
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	22/01/1990
Ciudad de expedición del titulo	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

FIRMA DEL COLABORADOR _____

NOMBRE DEL COLABORADOR: JAVIER RICARDO MEDINA ROMERO

CEDULA: 91.215.778