Bogotá D.C., 16/12/2025

Señores: **UNIVERSIDAD DE SANTANDER- UDES**
Dirección: Cl. 70 #N° 55-210,
Ciudad: Bucaramanga, Santander
Asunto: **VERIFICACIÓN DE TITULOS**

A quien corresponda:

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	Ana Isabel Román Román
Documento de Identidad	37712138
Título otorgado	Fisioterapeuta
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	17-11-2000 Acta No. 04290
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: **ANA ISABEL ROMÁN ROMÁN**
Cedula: 37.712.138 Bucaramanga.

Bogotá D.C., 16/12/2025

Señores: **UNIVERSIDAD EL BOSQUE**
Dirección: Av. KRA 9 #131a-2
Ciudad: Bogotá
Asunto: **VERIFICACIÓN DE TITULOS**

A quien corresponda:

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	Ana Isabel Román Román
Documento de Identidad	37712138
Título otorgado	Especialista en Salud Familiar y Comunitaria
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	13-02-2008 Acta No. 884 Acuerdo 9298
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá

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: **ANA ISABEL ROMÁN ROMÁN**
Cedula: 37.712.138 Bucaramanga.