Bogotá D.C., Noviembre 26 de 2025

Señores: UNIVERSIDAD DE CARTAGENA CAMPUS DE ZARAGOCILLA

Dirección: Carrera 50 # 24-120 Zaragocilla

Ciudad: CARTAGENA

Asunto: VERIFICACIÓN DE TITULOS

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	JOSE GREGORIO JIMENEZ HERRERA
Documento de Identidad	73190675
Título otorgado	ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	9/25/2009 - 15109032
Ciudad de expedición del titulo	CARTAGENA

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: JOSE GREGORIO JIMENEZ HERRERA
CEDULA: 73190675