

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

Bogotá D.C.,

Señores: Universidad Simón Bolívar

Dirección: Carrera 59 No. 59-65

Ciudad: Barranquilla

Asunto: Verificación de Título Profesional

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	Ricardo Andres Gelvez Severino
Documento de Identidad	72341089
Título otorgado	Fisioterapeuta
Fecha del diploma y Acta - No. de Acta	11/08/2009- N° Acta 040
Ciudad de expedición del titulo	Barranquilla

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: Ricardo Andrés Gelvez Severino

CEDULA: 72341089

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

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

Bogotá D.C.,

Señores: Fundación Universitaria del Área Andina

Dirección: Calle 43 No. 57 - 14

Ciudad: Bogotá D.C.

Asunto: Verificación de Título Especialidad

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	Ricardo Andres Gelvez Severino
Documento de Identidad	72341089
Título otorgado	Epidemiólogo
Fecha del diploma y Acta - No. de Acta	30/03/2020- N° Acta 902
Ciudad de expedición del título	Bogotá D.C.

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: Ricardo Andres Gelvez severino

CEDULA: 72341089