

	<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: 1 DE 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: FUNDACION EDUCATIVA Y DE PROYECTOS DE LA COSTA “FUNDECOR”

Dirección: Cra 47 # 79 - 142

Ciudad: Barranquilla

*Asunto:*

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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Kevin David Ardila Pizarro
<b>Documento de Identidad</b>	1143446199
<b>Título otorgado</b>	Auxiliar de Enfermería
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	01/12/2022 y Acta - 66
<b>Ciudad de expedición del título</b>	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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR:**



**NOMBRE DEL COLABORADOR: Kevin David Ardila Pizarro**

**CEDULA: 1.143.446.199**

	<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: 1 DE 1
		FECHA: 20/08/2024

Bogotá D.C.,

Señores: COLEGIO DISTRITAL SAN GABRIEL

Dirección: Cra 19 # 35 – 58

Ciudad: Barranquilla

*Asunto:*

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:*

<b>Nombres y apellidos</b>	Kevin David Ardila Pizarro
<b>Documento de Identidad</b>	1143446199
<b>Título otorgado</b>	Bachiller Académico
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	07/12/2013 y Acta - 01
<b>Ciudad de expedición del título</b>	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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR:**



**NOMBRE DEL COLABORADOR: Kevin David Ardila Pizarro**

**CEDULA: 1.143.446.199**