	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., 05/17/2025

Señores: Universitario de Colombia

Dirección: Crg. 7 No. 35-85

Ciudad: Bogotá

Asunto: Verificación de título profesional

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	Miguel Angel Uelo Ortiz
Documento de Identidad	7233693034
Título otorgado	Psicólogo
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	09/12/2020 No. 4673
Ciudad de expedición del título	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

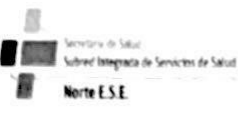
FIRMA DEL COLABORADOR



NOMBRE DEL COLABORADOR:

Miguel Angel Uelo Ortiz

CEDULA: 7233693034

	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., 05/11/2025

Señores: *Universidad el Bosque*

Dirección: *Av. Cra. 9 No. 737A - 02*

Ciudad: *Bogotá*

Asunto: *Verificación título Especialidad*

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	<i>Alfroy Angel Melo Ortiz</i>
Documento de Identidad	<i>7233693034</i>
Título otorgado	<i>Especialista en salud familiar y comunitaria</i>
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	<i>24/03/2025 No. 30089</i>
Ciudad de expedición del título	<i>Bogotá</i>

Cordialmente,

Johny Rodriguez

NOMBRE Y FIRMA

Director Operativo - Gestión del Talento Humano

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E."

Correo Electrónico: verificandetitulos@subrednorte.gov.co

FIRMA DEL COLABORADOR

Alfroy Angel Melo Ortiz

NOMBRE DEL COLABORADOR:

Alfroy Angel Melo Ortiz

CEDULA: *7233693034*