	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		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: Universitario de Colombia

Dirección: Cra. 7 No. 35-85

Ciudad: Bogota

Asunto: Verificacion de titulo 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 Melo Ortiz
Documento de Identidad	1233693034
Título otorgado	Psicologo
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	09/12/2020 No 4673
Ciudad de expedición del titulo	Bogota

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 Melo Ortiz

CEDULA: 1233693034

Scanned with CamScanner

	FORMATO VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CÓDIGO: AP-TH-F-147
Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		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. 131A - 02

Ciudad: Bogota

Asunto: Verificacion titulo 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	Miguel Angel Melo Ortiz
Documento de Identidad	1233693034
Título otorgado	Especialista en salud familiar y comunitaria
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	24/03/2025 No 30089
Ciudad de expedición del titulo	Bogota

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 Melo Ortiz

CEDULA: 1233693034

Scanned with CamScanner