

	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., 25 de Noviembre 2025

Señores: COLEGIO DEPARTAMENTAL HAIDEE CAMACHO SAAVEDRA

Dirección: CALLE 2 # 51-05,

Ciudad: Togüí, Boyacá

Asunto: AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS

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	STELLA RUTH CABREJO CÁRDENAS
Documento de Identidad	TI 760819-09292
Título otorgado	BACHILLER ACADÉMICO
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	03/12/1994 ACTA No 014
Ciudad de expedición del título	TOGUI - BOYACA

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: STELLA RUTH CABREJO CARDENAS

CEDULA: 24.179.096