

	<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., 25 de Noviembre 2025

Señores: SENA

Dirección: CALLE 57 # 8 – 69

Ciudad: BOGOTÁ

**Asunto: AUTORIZACION VERIFICACIÓN DE TITULOS**

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>	STELLA RUTH CABREJO CARDENAS
<b>Documento de Identidad</b>	24.179.096
<b>Título otorgado</b>	TECNOLOGO EN CONTABILIDAD Y FINANZAS
<b>Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta</b>	17/12/2018
<b>Ciudad de expedición del título</b>	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](mailto:verificaciondetitulos@subrednorte.gov.co)

**FIRMA DEL COLABORADOR:**



**NOMBRE DEL COLABORADOR: STELLA RUTH CABREJO CARDENAS**

**CEDULA: 24.179.096**