ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	**CO-OPS-FT-08 V3**

Bogotá D.C 12 AGOSTO 2025

Señores:

INSTITUTO INGABO

Por medio de la presente, yo **LIZETH NATALIA ROJAS VILLADA**, identificado con número de documento **1033803946** , autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: **AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD**

Cordialmente,

Lizeth Natalia Rojas V

_____

Firma
Nombre: LIZETH NATALIA ROJAS VILLADA
No. Documento: 1033803946
Teléfono: 3124328238



Huella

Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.