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

Bogotá D.C **20 septiembre 2025**

Señores:

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

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**: PSICOLOGA**

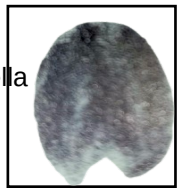
Cordialmente,

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.