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., Septiembre de 2025

Señores:

Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología

Por medio de la presente, yo Karen Liliana Flórez C. identificado con número de documento 1022363360 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: **Psicóloga**

Cordialmente,

Firma
Nombre Karen Liliana Flórez Cruz
No. Documento: 1022363360
Teléfono: 3213708157

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.