Bogotá

20 de Octubre de 2022

TITULO AUTENTICO

Señor(a)

NASLY VANESA PALACIOS MUÑOZ
Directora Operativa de la Dirección de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
ingresoth@subredcentrooriente.gov.co

Me permito informar que el(la) Señor(a) **Santiago Aponte Moreno** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1006007619** de **Bogotá D.C.**, culminó satisfactoriamente el plan de estudios, cumplió con los requisitos establecidos de acuerdo a las reglamentaciones académicas del Programa de **MEDICINA** y obtuvo el título de **MÉDICO**, el **29** de **JUNIO** de **2021**, se encuentra anotado al registro interno de la institución en el Folio **243-5** del Libro de Diploma**s 31**, Acta de Grado No. **57685.**

Cordialmente,

MARTHA LUCIA CARVALHO Q.
Secretaria General (Firma Digital)
Oficina.grados@uan.edu.co

Angie Tello