GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0** **CÓDIGO: GN-I06-F01**
CERTIFICACIÓN DE ESTADO DE USUARIO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN		**FECHA: 04/10/2016**

Fecha: 05/08/2024	Secretaría: SALUD		Dependencia: N.A
Nombre de Solicitante ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ	Extensión: NA	Cargo: CONTRATISTA	Email: hernandezcostanza@gmail.com
Nombre de Usuario ALBA CONSTANZA HERNANDEZ SUAREZ	Extensión: NA	Cargo: CONTRATISTA	Email: hernandezcostanza@gmail.com

ESTADO DE USUARIO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN		
No.	**Registro de Certificación**	**Estado**
1	Sistema: QUYNE ID Usuario ALBA.HERNANDEZ Fecha:05/08/2024  _____ Firma Responsable del Sistema Nombre: CAMILO ANDRÉS DELGADO PRIETO	Documentos Pendientes:0



Firma Director de Sistemas

S-2024-001392-TICDSI