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

Fecha: 20/12/2024	Secretaría: DESPACHO DEL GOBERNADOR		Dependencia: SECRETARÍA DE SALUD
Nombre de Solicitante JHAIR JULIAN TORRES MORA	Extensión: NA	Cargo: CPS	Email: jhatorres347@gmail.com
Nombre de Usuario JHAIR JULIAN TORRES MORA	Extensión: NA	Cargo: CPS	Email: jhatorres347@gmail.com

ESTADO DE USUARIO EN SISTEMA DE INFORMACIÓN		
No.	**Registro de Certificación**	**Estado**
1	Sistema: QUYNE ID Usuario JHAIR.TORRES Fecha:20/12/2024  _____ Firma Responsable del Sistema Nombre: CAMILO ANDRÉS DELGADO PRIETO	Documentos Pendientes:0



Firma Director de Sistemas

S-2024-005231-TICDSI