

	ESE HOSPITAL DEL ROSARIO		
	CERTIFICADO DE PERMANENCIA		
VIGENCIA: 25-04-2023	CODIGO: GAF-FO-39	VERSIÓN:01	PAGINA 1 DE 1

EL SUSCRITO

CARGO:  N. DE CEDULA:

**CERTIFICA QUE:**

SEÑOR (A):  N. DE CEDULA:

AREA  CARGO

**CON EL OBJETO DE:**

**EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DE LA COMISION, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL :**

**FIRMA DE QUIEN CERTIFICA:**

**CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN:**

NOMBRE: Maria Paula Ruiz Triana	NOMBRE: Leidy Johanna Morales	NOMBRE: Nelson Leonardo Fierro Gonzalez
CARGO: Apoyo Calidad	CARGO: Calidad	CARGO: Gerente
Elaboró	Revisó	Aprobó