

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	GESTION ADMINISTRATIVA	Código F-GA-RF03-01
	SOLICITUD DE COMISION O DESPLAZAMIENTO	Versión: 01

Cúcuta, _____

Doctora
NELLY PATRICIA SANTAFE ANDRADE
 Directora
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
 Ciudad.

Atentamente me permito solicitar autorización, para la comisión o desplazamiento del siguiente personal:

<u>Nombre</u>	<u>Nº de Cédula</u>	<u>Cargo o vínculo (*)</u>	<u>Sueldo o Emolumento mensual</u>

(*) SI ES CONTRATISTA, NO INDICAR CARGOS, SOLO CONTRATISTA

• **DESTINO Y OBJETO DE LA COMISION O DESPLAZAMIENTO:**

• **FECHAS:**

SALIDA: _____ REGRESO: _____

• **FORMA DE DESPLAZAMIENTO:** (Terrestre, aéreo)

• **FINANCIA:**

CODIGO: _____ RUBRO: _____

COORDINADOR DEL AREA

VºBº COORDINADOR SUPERIOR
 (Si es necesario)