

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	GESTION ADMINISTRATIVA	Código F-GA-RF03-03
	CONSTANCIA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO DE COMISION O DESPLAZAMIENTO	Versión: 01

SE HACE CONSTAR:

QUE: _____

PERMANECIO LOS DIAS: _____

EN LA CIUDAD: _____

CUMPLIENDO COMISION OFICIAL CUYO OBJETO ES:

FIRMA FUNCIONARIO AUTORIZADO