

 <p>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER</p>	GESTION ADMINISTRATIVA	Código: F-GA-RF03-03
	CONSTANCIA OFICIAL DE DESPLAZAMIENTO DE COMISION O DESPLAZAMIENTO	Fecha Aprobación: 23/08/11
		Versión: 02
		Página 1 de 1

SE HACE CONSTAR

QUE EL FUNCIONARIO: _____

PERMANECIO LOS DIAS: _____

EN EL MUNICIPIO DE: _____

CUMPLIENDO COMISION OFICIAL CUYO OBJETO ES:

FUNCIONARIO QUE CERTIFICA LA COMISION

NOMBRE COMPLETO: _____

CARGO QUE DESEMPEÑA: _____

ENTIDAD O EMPRESA: _____

FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE CERTIFICA Vo.Bo. COORDINADOR DE AREA