

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	GESTION ADMINISTRATIVA	Código: F-GA-RF03-01
	SOLICITUD DE COMISION O DESPLAZAMIENTO	Fecha Aprobación: 23/07/12
		Versión: 02
		Página 1 de 1

Cúcuta, _____

Doctor
JAVIER ORLANDO PRIETO PEÑA
 Director
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD
 Ciudad.

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

Nombre Nº de Cedula	(*)Cargo - Vinculación	Sueldo o Emolumento	Objeto de la Comisión	Municipio Sede	Municipio de Desplazamiento	Fecha de Inicio/ Terminación	Días Pernotados	Días sin Pernoctar	(**) Forma de Desplazamiento

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

(**) CUANDO SE TRATE DE VEHICULO OFICIAL CONSIGNAR LA PLACA DEL MISMO.

. FINANCIA:

CODIGO: _____

RUBRO: _____

COORDINADOR DEL AREA

VºBº COORDINADOR SUPERIOR
 (Si es necesario)