

	<b>ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código FR-RH-10</b>	<b>Página 1 de 2</b>	
	<b>ORDEN DE COMISIÓN</b>	<b>Fecha Vigencia 2012/07/03</b>	<b>Documento Controlado</b>		

### ORDEN DE COMISIÓN

FECHA: \_\_\_\_\_

Señor(a): \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Centros de Atención y/o Proceso: \_\_\_\_\_

Sírvase trasladarse a: \_\_\_\_\_

Y cumplir los siguientes objetivos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A partir del día: \_\_\_\_\_

Para esta comisión dispondrá de \_\_\_\_\_ días con viáticos de \$ \_\_\_\_\_ diario o \$ \_\_\_\_\_ de manutención y (con\_\_\_) (sin\_\_\_) derecho a reintegro de gastos de transporte, adjuntando los tiquetes correspondientes.

\_\_\_\_\_  
JEFE INMEDIATO

\_\_\_\_\_  
GERENTE

### CONSTANCIA DE ASITENCIA O PERMANENCIA

El suscrito \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Nombre y cargo)

### HACE CONSTAR:

Que \_\_\_\_\_ asistió / permaneció durante el(los) día(s) \_\_\_\_\_ en cumplimiento a la comisión que trata la presente orden.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma Responsable

