
	<b>ESE DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Código FR-RH-17</b>	<b>Página 1 de 2</b>	 <b>GOBERNACIÓN DEL META</b> <i>Trabajando Juntos por el Meta</i>
	<b>ORDEN DE DESPLAZAMIENTO GERENTE</b>	<b>Fecha Vigencia 2012/07/03</b>	<b>Documento Controlado</b>		

**CONSTANCIA DE ASISTENCIA O PERMANENCIA**

EL (LA): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Nombre y cargo)

**HACE CONSTAR:**

Que el (la) Dr(a). \_\_\_\_\_, Gerente de la E.S.E Departamental "Solución Salud" del Meta, asistió / permaneció durante el(los) día(s) \_\_\_\_\_ en cumplimiento de las actividades propias del cargo.

\_\_\_\_\_

Firma Responsable

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

