



GERENCIA REGIONAL
DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE TRUJILLO



BICENTENARIO
PERÚ
LA LIBERTAD 2020

NOMBRE Y APELLIDOS:

UNIDAD ORGANICA:

MOTIVO DE LA SALIDA: (Marca con (X) el motivo)

COMISION DE SERVICIO ATENCION ESSALUD DOCENCIA UNIVERSITARIA ASUNTOS PARTICULARES

MOTIVO DE LA SALIDA: (Especificar)

--

LUGAR DE DESTINO: (Unidad Orgánica o Institución en caso de Comisión Oficial)

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD DE DESTINO

--	--

FIRMA DE LOS QUE INTERVIENEN

			TIEMPO DE ATENCION	
			INICIO	TERMINO

FIRMA DEL SOLICITANTE

SELLO Y FIRMA DEL QUE AUTORIZA

SELLO Y FIRMA (Entidad de destino)

Llenado por quien atendió al colaborador

FECHA
N° ORDEN
D.L.276

TIEMPO FUERA DE LA ENTIDAD	
HORA_SALIDA	HORA_RETORNO

D.L.N°276