



DEPARTAMENTO DE SALUD	
SECCIÓN	TRASLADOS
PARTE No.	
FECHA	

**REGISTRO DE SERVICIOS REALIZADOS EN LA SECCION DE TRASLADOS PROGRAMADOS
DEL DEPARTAMENTO DE SALUD
DE RAYÓN S.L.P.**

UNIDAD DE TRASLADO No.994. OPERADOR: _____
 HORA DE SALIDA: _____ HORA DE LLEGADA: _____
 KILOMETRAJE DE SALIDA: _____ KILOMETRAJE DE LLEGADA: _____

No.	NOMBRE	TELEFONO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		

DATOS COMPLEMENTARIOS/OBSERVACIONES

**AUTORIZO
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD**

L.E. CARLOS ALFREDO GONZALEZ DIPP

DEPARTAMENTO DE SALUD	
SECCIÓN	TRASLADOS
PARTE No.	
FECHA	

**REGISTRO DE SERVICIOS REALIZADOS EN LA SECCION DE TRASLADOS PROGRAMADOS
DEL DEPARTAMENTO DE SALUD
DE RAYÓN S.L.P.**

_____2020.

UNIDAD No.994. OPERADOR: _____
 HORA DE SALIDA: _____ HORA DE LLEGADA: _____
 KILOMETRAJE DE SALIDA: _____ KILOMETRAJE DE LLEGADA: _____

IMPORTANTE

AL OPERAR ESTA UNIDAD ME HAGO RESPONSABLE DE LA MISMA, ASÍ
 COMO DE SU ADECUADO MANEJO Y USO SOLO PARA COMISIONES
 ENCOMENDADAS POR ESTE H. AYUNTAMIENTO DE RAYON S.L.P.

ATENTAMENTE: DEPARTAMENTO DE SALUD

FIRMA DEL OPERADOR

(ANEXAR COPIA DEL OFICIO DE COMISIÓN)