



INSTITUTO SALVADOREÑO
PARA EL DESARROLLO DE
LA MUJER

LIQUIDACIÓN DE COMBUSTIBLE

OFICINA DEPARTAMENTAL: _____

MES A LIQUIDAR: _____

FECHA DE ENTREGA: _____

VEHICULO: _____

TARJETA N° : _____

TIPO DE COMBUSTIBLE: _____

FECHA	No. FACTURA	AUTORIZACIÓN	MONTO ASIGNADO / RECARGA	DISPONIBLE	TOTAL FACTURADO	SALDO
<i>TOTAL</i>						

NOMBRE Y FIRMA

ELABORA LIQUIDACIÓN

NOMBRE Y FIRMA

ENTREGA DE LIQUIDACION

NOMBRE Y FIRMA
RECIBE LIQUIDACION