

**REPORTE DE USO DE TAXI PROGRAMA/CENTRO DE ATENCIÓN DEPARTAMENTAL S.S.**

FECHA	SALIDA	RECORRIDO	TAXI UNIDAD	HORARIO	NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE
			No. DE PLACA:		

OBSERVACIONES: Se utilizó taxi por no contar con asignación de transporte institucional, el día:

---

Jefatura Solicitante

---

Encargado de Transporte  
Visto Bueno