

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Servicios Generales

VALE DE TRANSPORTE				PLACA No.	
LLENAR POR LA UNIDAD SOLICITANTE					
Fecha:		Nombre de la Unidad:			Unid.Programática:
Destino:					
Motivo del servicio:				Ocupantes:	
Funcionario responsable del servicio:					
	SALIDA	REGRESO	OBSERVACIONES:		
FECHA			Firma Jefe U.P		
HORA					
AUTORIZACIÓN					
UNIDAD QUE AUTORIZA:			ADMINISTRACIÓN		
SALIDA			ENTRADA		
FECHA:		HORA		FECHA:	
				HORA:	
FIRMA FUNCIONARIO QUE AUTORIZA:					
LLENAR POR EL CONDUCTOR:					
KILOMETRAJE				FIRMA:	
SALIDA:		ENTRADA:			

DATOS A LLENAR POR EL RESPONSABLE DEL SERVICIO

SALIDA			LLEGADA	
HORA:		KILOMETRAJE:	HORA:	KILOMETRAJE:
DÍA	FECHA	HORARIO USO VEHÍCULO	LUGARES VISITADOS	
Lunes		De: A:		
Martes		De: A:		
Miércoles		De: A:		
Jueves		De: A:		
Viernes		De: A:		
Sábado		De: A:		
Domingo		De: A:		

(Salvo autorización de la Gerencia respectiva, no se pagarán más de cuatro horas Extras por día según circular No. 6254 del 30/03/90).

OBSERVACIONES: (Retrasos, variaciones de fechas, problemas de vehículo, etc.)

Firma usuario responsable

V.B. Conductor