

SEDE _____
FECHA _____
RESPONSABLE _____ CEDULA _____

FECHA	PROVEEDOR	NIT/CC	FACT	DETALLE	TOTAL
GASTOS GENERALES					
				SUB TOTAL	
TRANSPORTES					
				SUB TOTAL	
COOMEDOR					
				SUB TOTAL	
MEDICAMENTOS					
				SUB TOTAL	
				TOTAL	

OBSERVACIONES

ELABORO

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE

FECHA VIGENCIA

SEPTIEMBRE 22 DE 2.006