

**ANEJO A  
PROVEEDOR  
DIRECCIÓN & TEL.  
ORGANIZACIÓN QUE SIRVE  
HOJA DE SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN**

**PROPÓSITO DEL(LOS) SERVICIO(S):**

SERVICIO MÉDICO Y/O DE APOYO \_\_\_\_\_ REUNIÓN DE GRUPO DE PLANIFICACIÓN \_\_\_\_\_ REUNIÓN DE COMITÉ DE CALIDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL(LA) PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_ FECHA (d/m/a): \_\_\_\_\_

NÚM. REFERIDO: \_\_\_\_\_

PIN O NÚM RECORD: \_\_\_\_\_

1) HORA DE RECOGIDO: \_\_\_\_\_  
DESDE: \_\_\_\_\_

1) HORA DE RECOGIDO: \_\_\_\_\_  
DESDE: \_\_\_\_\_

HASTA: \_\_\_\_\_

HASTA: \_\_\_\_\_

HORA DE LLEGADA: \_\_\_\_\_

HORA DE LLEGADA: \_\_\_\_\_

2) HORA DE RECOGIDO: \_\_\_\_\_  
DESDE: \_\_\_\_\_

3) HORA DE RECOGIDO: \_\_\_\_\_  
DESDE: \_\_\_\_\_

HASTA: \_\_\_\_\_

HASTA: \_\_\_\_\_

HORA DE LLEGADA: \_\_\_\_\_

HORA DE LLEGADA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CHOFER

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CHOFER

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CHOFER LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CHOFER LETRA DE MOLDE

NÚMERO DE LIC: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE LIC: \_\_\_\_\_

COSTO DEL VIAJE: \_\_\_\_\_

COSTO DEL VIAJE: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS\*: \_\_\_\_\_

\* Si la transportación es para hacer entrega de suplementos nutricionales, se debe especificar la cantidad entregada y tipo de suplemento.

FIRMA DEL(LA) PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

FECHA (d/m/a): \_\_\_\_\_

FIRMA DEL(LA) ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_

FECHA (d/m/a): \_\_\_\_\_

.....  
COSTO DEL VIAJE: \_\_\_\_\_

AMBULANCIA: \_\_\_\_\_

ACOMPAÑANTE: \_\_\_\_\_

SILLÓN DE RUEDA: \_\_\_\_\_

COSTO TOTAL DEL SERVICIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA COMPAÑÍA

\_\_\_\_\_  
PUESTO QUE OCUPA

