



FORM. MSP N° 002

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
UNIDAD ADMINISTRATIVA
SOLICITUD DE CUPOS DE COMBUSTIBLES

FECHA: _____

KM.: _____

TIPO DE VEHICULO: _____

N° DE ORDEN: _____

CHAPA N°: _____

R.A.S.P. N° _____

KM. APROX. A RECORRER	CONSUMO X 100 KM.	TIPO DE COMBUSTIBLE	N° DE CUPOS	TOTAL
		GASOIL ()	DE: _____ A: _____	
		NAFTA ()	DE: _____ A: _____ DE: _____ A: _____	
		TOTAL		

DESTINO: _____

TRABAJOS A REALIZAR: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE: _____

CARGO: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

V°B° JEFE O DIRECTOR DEL AREA