



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL**  
**ORDEN DE TRABAJO DEL VEHÍCULO**

Nº

Vehículo Tipo:

Chapa Nº:

Nº de Vehículo:

Marca:      Modelo:      Color:

R.A.S.P. Nº

Area Asignada:

Conductor Autorizado:

C.I.C. Nº:

Días estimados de la Misión:

Desde el:

Hasta el:

Horas estimadas de la Misión: Hora de Salida:

Hora de Llegada:

Km. De Salida:

Km. De vuelta:

Km. Total recorrido:

Km. Estimados de Recorrido:

Consumo estimado X 100 km. Litros:

**TRABAJOS A REALIZAR**

---

---

---

---

---

FECHA:

**FIRMA AUTORIZADA**

Original - Duplicado-Triplicado