



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LA SEGURIDAD
DIRECCIÓN DE SERVICIOS / COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA Y DE
SERVICIOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN
UNIDAD DE SERVICIO MÉDICO

CONSTANCIA DE ASISTENCIA		1. Fecha: / /
2. Centro de Formación:	3. Usuario(a):	4. Hora de Llegada:
6. Médico Consultor:		5. Hora de Salida:
7. OBSERVACIONES		
8. JEFE DEL SERVICIO MÉDICO		9. FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO(A)

FOR-CA-DS-USM-001: DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO/ COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS/ JUNIO 2013.



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LA SEGURIDAD
DIRECCIÓN DE SERVICIOS / COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA Y DE
SERVICIOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN
UNIDAD DE SERVICIO MÉDICO

CONSTANCIA DE ASISTENCIA		1. Fecha: / /
2. Centro de Formación:	3. Usuario(a):	4. Hora de Llegada:
6. Médico Consultor:		5. Hora de Salida:
7. OBSERVACIONES		
8. JEFE DEL SERVICIO MÉDICO		9. FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO(A)

FOR-CA-DS-USM-001: DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO/ COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS/ JUNIO 2013.



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LA SEGURIDAD
DIRECCIÓN DE SERVICIOS / COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA Y DE
SERVICIOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN
UNIDAD DE SERVICIO MÉDICO

CONSTANCIA DE ASISTENCIA		1. Fecha: / /
2. Centro de Formación:	3. Usuario(a):	4. Hora de Llegada:
6. Médico Consultor:		5. Hora de Salida:
7. OBSERVACIONES		
8. JEFE DEL SERVICIO MÉDICO		9. FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO(A)

FOR-CA-DS-USM-001: DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO/ COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS/ JUNIO 2013.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LA SEGURIDAD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA Y DE SERVICIOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN
UNIDAD DE SERVICIO MÉDICO

Formulario de “CONSTANCIA DE ASISTENCIA”

Código: FOR-CA-DS-USM-001

Instrucciones de llenado del Formulario:

“Constancia de Asistencia”

Objetivo: Orientar y dar las pautas para el correcto llenado del Formulario.

Campo	Instrucciones
1.	Coloque la fecha del llenado del formulario.
2.	Especifique el centro de formación en el cual se encuentra el Servicio Médico.
3.	Indique el nombre y apellido del Usuario(a).
4.	Especifique la hora de llegada del Usuario(a).
5.	Especifique la hora de salida del Usuario(a).
6.	Indique el nombre y apellido del médico(a) tratante.
7.	Anote observaciones correspondientes de ser el caso.
8.	Plasme Firma y Sello del Jefe de Servicios Médicos.
9.	Plasme Firma y Sello del Médico tratante.