



**REPORTE DE SUSPENSIÓN**  
**DIRECCIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL**  
**ÁREA MÉDICA**

Centro de Atención Infantil No.	
Fecha:	Sala:
Nombre del becario:	
Motivo:	
Tiempo de Suspensión:	

Área Médica
Nombre, firma y No. de cédula Profesional

Padre de familia o Tutor
Nombre y firma

Fecha de actualización: 24 de Abril de 2012 V.01 Código: DJ-AI-SG-RE-110



**REPORTE DE SUSPENSIÓN**  
**DIRECCIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL**  
**ÁREA MÉDICA**

Centro de Atención Infantil No.	
Fecha:	Sala:
Nombre del becario:	
Motivo:	
Tiempo de Suspensión:	

Área Médica
Nombre, firma y No. de cédula Profesional

Padre de familia o Tutor
Nombre y firma

Fecha de actualización: 24 de Abril de 2012 V.01 Código: DJ-AI-SG-RE-110