



**PLANILLA DE PERSONAL COMISIONADO**

**Institución:** FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – UNE

**Nº 10/2023**

**Mes/Año: Octubre/2023**

Nombre/s y Apellido/s	CI Nº	Cargo	Categoría	Comisionado de:	Comisionado a:	Fecha Inicial:	Fecha Final:
-----------------------	-------	-------	-----------	-----------------	----------------	----------------	--------------

**SIN FUNCIONARIOS COMISIONADOS**