Medicina Pre-paga	**SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD**	Versión: 01 Código: F-GG-24 Fecha: 23/06/2017 Pagina 1 de 1
	PLANILLA DE REFERIDOS	

Mes: _____ **Año:**_____

Nº	ASESOR	REFERENTE	GRUPO	REFERIDO	GRUPO	PLAN	INGRESO	CUOTA REFERENTE	CUOTA REFERIDO	DESC	Nº DE CELULAR	LLAMADAS
TOTAL:												

OBS:

REALIZADO POR:_____ **AUTORIZADO POR:** _____ **VERIFICADO POR:** _____