

PAGADO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

SUBDIRECCIÓN DE SUMINISTRO DE BIENES

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:	61200	2/ NIVEL:	3/ FECHA:
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE \$

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

7/ JUSTIFICACIÓN MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE

OFICIAL

PARTICULAR

Nº. DE MATRÍCULA

9/ Km. INICIAL

12/ Km. FINAL

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO