



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Socle Galinda González</i>		2/NIVEL: <i>2</i>	3/FECHA: <i>18/08/17</i>		
		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>140</i>		
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Dirección General</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Traslado de Personal al Hospital Regional de Otlacama</i>					
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/Km. INICIAL	10/CON GASOLINA	11/SIN GASOLINA	
No. DE MATRÍCULA <i>MEI 2396</i>		12/Km. FINAL			
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Socle Galinda González</i>			14/FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic. Angelica Puga González</i>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO					