



**PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE**

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Mariá Guzmán Solano</i>		NIVEL <i>22</i>	FECHA <i>24/10/2016</i>
		RANGO <i>02</i>	IMPORTE \$ <i>\$ 106.00</i>
UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>Dirección General</i>			
JUSTIFICACIÓN (MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S)) <i>Traslado al director a la oficina fotocopista</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE: OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/>		Km. INICIAL	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/> SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>
		Km. FINAL	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Mariá Guzmán Solano</i>		<b>GRANDE</b>	
<i>Mariá Guzmán Solano</i>		<i>América Z. Puga González</i>	
		DIRECTOR ADMINISTRADOR	

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

50 000 002 / 12