



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1. NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2. NIVEL	3. FECHA
Moises Luna Solano		22	26/08/2017
6. NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN		4. RANGO	5. IMPORTE S:
Direccion General		02	\$140.00
7. JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)			
Traslado al Director General al centro medico Cuatrecasas			
8. MODALIDAD DE TRANSPORTE	9. Km. INICIAL	10. CON GASOLINA	11. SIN GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	12. Km. FINAL		
PLATE MATRICULA N. 1-3841		X	
13. NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:		14. FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Moises Luna Solano		Angelica Z. Puga González	
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			