



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE <i>Moses Luna Solano</i>		2/ NIVEL <i>22</i>	3/ FECHA <i>17/08/2017</i>	
4/ RANGO <i>02</i>		5/ IMPORTE S <i>\$140.00</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO-ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Dirección General</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA(S) Y DESTINO(S) <i>Traslado al Director General al centro medico centerpec</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km INICIAL	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
12/ DE MATRICULA <i>NBI-3041</i>		12/ Km FINAL	<i>X</i>	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Moses Luna Solano</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Aureliana Z. Puga Carrazob</i>	

NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBE RA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO REGISTRANDOS ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO