



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Nicolasa Molina Estrada</i>		2/ NIVEL: <i>20</i>	3/ FECHA: <i>18-OCT-17</i>	
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>300-</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Proyectos Estratégicos</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA, (S) Y DESTINO (S) <i>Asistencia a la Clínica de Consulta Externa Villa Victoria a supervisión de Programas de Calidad.</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>192599</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRÍCULA: <i>MGT950J</i>		12/ Km. FINAL <i>192695</i>	<i>✓</i>	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Nicolasa Molina Estrada</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lizeth Vargas Sanchez</i>	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.				

50 000 002/17

X



18 OCT 2017

CLINICA DE CONSULTA EXTERNA VILLA VICTORIA

18 OCT 2017