

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

Nombre del solicitante Alejandro León Sorros	Nivel 20	Fecha 30/ENE/11
Unidad Médico - Administrativa de Adscripción COORDINACION DE SERVICIOS A SALUD		Importe: \$ 106
Justificación (Motivo del viaje, Fecha(s), destino(s)). Al hospital REGIONAL ATACAMILLA + TRASLADO DE PERSONAL MEDICO		

PAGADO

Modalidad de transporte:	Gasolina
Transporte Público <input type="checkbox"/>	Con <input checked="" type="checkbox"/>
Vehículo oficial <input checked="" type="checkbox"/>	Sin <input type="checkbox"/>
Vehículo propio <input type="checkbox"/>	

Nombre y firma del empleado que recibe Alejandro León Sorros	Firma de autorización Bertha del Carmen Sánchez García
--	--

Nota: terminada la comisión deberá obtener el sello de la Unidad que visitó registrando estos al reverso y en orden consecutivo.