



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>ALEJANDRO LEON SARAS</b>		2/ NIVEL: <b>20</b>	3/ FECHA: <b>7 / MARZO / 17</b>		
		4/ RANGO: <b>4</b>	5/ IMPORTE: \$ <b>140.-</b>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>COORDINACION DE SERVICIOS A SALUD</b>					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S): <b>HOSPITAL REGIONAL VALLE D BRUNO. CONSULTA EXTERNA VALLE D BRUNO CONSULTORIO MEDICO VILLA VICTORIA</b>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <b>113153</b>	10/ <del>CON GASOLINA</del>	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: <b>MTR 1392</b>		12/ Km. FINAL <b>113338</b>			
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <b>Alejandro Leon Saras</b>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <b>Beatha del C. Sanchez Garcia</b>		

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