

**PAGO DE VIATICOS POR FONDO FIJO DE CAJA**

50 000 002 / 17

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE  <p align="center" style="font-size: 1.2em;">Jianca Argely Medina Suarez</p>	2/ NIVEL	3/ FECHA
	11	19 Julio / 17
	4/ RANGO	5/ IMPORTE
	OL	\$ 140 <sup>00</sup> .

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN

Coordinación de los servicios de Salud

7/ JUSTIFICACIÓN MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) Y DESTINO (S):

Ubicación en *Neuquén* / *Neuquén*  
 Reunión con el equipo de trabajo en *CCF Pirámides*

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No DE MATRICULA <i>M EV-3198</i>	9/ Km. INICIAL <i>169240</i>	10/ CON GASOLINA 	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL <i>169410</i>		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  <p align="center" style="font-size: 1.2em;">Jianca Argely Medina Suarez</p>	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN  <p align="center" style="font-size: 1.2em;">Lic Bruth Sanchez G.</p>
--	---

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO E ORDEN CONSECUTIVO

50 000 002 / 17