

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: ALONSO LEON SARAS	2/ NIVEL: 20	3/ FECHA: 16/Ago/17	
	4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 140.	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: COORDINACIÓN D SERV. D SALUD		<h2 style="font-size: 2em; opacity: 0.5;">PAGADO</h2>	
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) TRASPASADO D PERSONAL MÉDICO Y D PARA DOCUMENTACION AL HOSPITAL REGIONAL ATLA COMULCA			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRÍCULA: MEV 3235	9/ Km. INICIAL 133045 12/ Km. FINAL 133220	10/ CON GASOLINA *	11/ SIN GASOLINA
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
ALONSO LEON SARAS		LIC. BERTHA W. L. SANCAZ GARCIA	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			

X