

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Sergio G. Clina C.</i>		2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA: <i>29.VIII-17</i>		
4/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Dir. Ateneo de la Coord. de Serv. Salud</i>		4/ RANGO: <i>V</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140</i>		
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Supervisión ; CCR villa Victoria</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>125227</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: <i>M.F.R. 135C</i>		12/ Km. FINAL <i>125374</i>	<i>✓</i>	PAGADO	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>[Firma]</i> <i>Sergio G. Clina C.</i>			<i>[Firma]</i> <i>Lic. Britha Sanchez G.</i>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.					