



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Benjamin Gordinio Gonzalez</i>		2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA: <i>18/8/17</i>	
		4/ RANGO: <i>2</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>280 00</i>	
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Sup direccion de salud</i>				
7/ JUSTIFICACIÓN; MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Traslado de personal medico de medicina del Trabajo al H.R de Tlone y la C.C.E Tlone Penta</i>				
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>132074</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA: <i>MDN 5143</i>		12/ Km. FINAL <i>132251</i>	<i>Si</i>	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Bth</i> <i>Benjamin Gordinio Gonzalez</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dra Mura yodira Comara Culbe</i>	

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