

1/ NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Jianca Argely Medina Torres</i>	2/ NIVEL: <i>11</i>	3/ FECHA: <i>11/08/17</i>
	4/ RANGO: <i>02</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140</i>

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Coordinación de los servicios de salud.

7/ JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S))
Ubicada en la ciudad de Atenas al departamento de Nariño.
Ramen de trabajo

PAGADO

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ KM. INICIAL: <i>171346</i>	10/ CON GASOLINA: <input checked="" type="checkbox"/>
	12/ KM. FINAL: <i>171776</i>	11/ SIN GASOLINA: <input type="checkbox"/>
NO DE MATRÍCULA: <i>MEU3198</i>		

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Jianca Argely Medina Torres</i>	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dra. Bertha Sanchez Gomez</i>
---	---

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