



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Juanes Angela Madine Juárez</i>		2/ NIVEL: <i>4</i>	3/ FECHA: <i>21/12/17</i>
		4/ RANGO: <i>OS</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140</i>
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Coordinación de los servicios de Salud</i>		PAGADO	
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Entrega de Documentos</i> <i>obrada en la ciudad de cotacahuan en</i> <i>derecho habiente Nueve días</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR	9/ Km. INICIAL <i>180096</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRÍCULA: <i>MHI 2688</i>	12/ Km. FINAL <i>180283</i>	<i>X</i>	
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Juanes Angela Madine Juárez</i> 		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Jca. Bertha Del Carmen Sanchez Garcia</i> 	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.			