



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE

Vicky Car Hernandez Ruiz

NIVEL: *6*

RANGO: *2*

FECHA: *07-02-17*

IMPORTE: \$ *106⁰⁰*

UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN

Depto. de At's en Enfermería

PAGADO

JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S))

Supervisión enfermería Hospital Regional Mercuriano

MODALIDAD DE TRANSPORTE

TRANSPORTE PÚBLICO

VEHÍCULO OFICIAL

VEHÍCULO PROPIO

GASOLINA:

Con

Sin

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

Vicky Car Hernandez Ruiz
[Firma]

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

[Firma]
Lic. Gloria Martinez zapata

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