



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

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 Martínez Zapata

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