



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE: <i>Sandra Mónica Mejía Hernández</i>		2/NIVEL: <i>22</i>	3/FECHA: <i>20-IV-17</i>
		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>140.00</i>
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Atención Médica</i>			
7/JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO (S)) <i>Supervisión del Sistema de Referencia y Contrareferencia</i>			
<i>Lunes 17 de abril 2017 en la C.C.E. San Pedro Limón</i>			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/KM. INICIAL: <i>358307</i>	10/CON GASOLINA: <i>X</i>
NO. DE MATRÍCULA: <i>LRM-1166</i>		12/KM. FINAL: <i>358705</i>	11/SIN GASOLINA:
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14/FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
<i>Sandra Mónica Mejía Hernández</i>		<i>Dra. Alma Edith Severiano Sanchez</i>	

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