



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE DEL SOLICITANTE: Alejandro León Soto		2/NIVEL: 20	3/FECHA: 8/5/12
		4/RANGO: 4	5/IMPORTE: \$ 140'
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: DEPARTAMENTO DE 1er NIVEL DE ATENCIÓN Y MEDICINA FAMILIAR			
7/JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S)) TRASLADO PERSONAL MEDICO AL HOSPITAL REGIONAL ATLA COLUCLA			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/KM. INICIAL: 360132	10/CON GASOLINA: X
NO. DE MATRÍCULA: 1211166		12/KM. FINAL: 360292	11/SIN GASOLINA:
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Alejandro León Soto		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Dra. ALMA E. SEVERINO SANCHEZ	

PAGADO

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