

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Lucía Angélica Albarrán Calderón</i>		2/NIVEL: <i>23</i>	3/FECHA: <i>17-04-2017</i>
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Subdirección de Atención Médica Departamento de Primer Nivel de Atención, Me</i>		4/RANGO: <i>2</i>	5/IMPORTE: \$ <i>140.00</i>
7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S) <i>Clínica de Consulta Externa San Pedro Limón el día 17 de abril 2017</i> <i>Supervisión en consulta Externa del Modelo de Gestión</i>			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9/KM. INICIAL: <i>358307</i>	10/CON GASOLINA:	11/SIN GASOLINA:
NO. DE MATRÍCULA: <i>LRM-1166</i>	12/KM. FINAL: <i>358705</i>	<i>Si</i>	
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Lucía Angélica</i> <i>Lucía Angélica Albarrán Calderón</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dra Alma Edith Severiano Sánchez</i>	

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

50 000 002/17

→ sello en formato adjunto.

31300 disco