



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | |
|--|-------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: | | 2/NIVEL: 19 | 3/FECHA: 9/10/17 |
| D.C. Iglesias Valdés Dulce MG. | | 4/RANGO: 2 | 5/IMPORTE: \$ 140 ⁰⁰ |
| 6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: | | PAGADO | |
| Subdirección de Atención Médica | | | |
| 7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S): | | | |
| Monitoreo Programa Red de Facilitadores Hospital Regional Atla camulco | | | |
| 8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: | 9/KM. INICIAL: | 10/CON GASOLINA: | 11/SIN GASOLINA: |
| <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | 38000 Km | | |
| NO. DE MATRÍCULA: NA51013 | 12/KM. FINAL: 38,139 Km | 3/4 | |
| 13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN | |
| Dulce María G. Iglesias Valdés | | Alma Edith Severiana Sánchez | |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO | | | |