



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	314	
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