



## PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <b>ALVARO LEON SARAS</b>		2/NIVEL: <b>20</b>	3/FECHA: <b>22/06/17</b>
6/NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <b>DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIA</b>		4/RANGO: <b>4</b>	5/IMPORTE: \$ <b>280</b>
7/JUSTIFICACIÓN: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S) <b>INAUGURACION A GER. JORNADAS A TRABAJO SOCIAL TRASLADO PERSONAL A LA</b>			
8/MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR		9/KM. INICIAL: <b>33741</b>	10/CON GASOLINA: <b>X</b> <input type="checkbox"/> 11/SIN GASOLINA: <input type="checkbox"/>
NO. DE MATRÍCULA: <b>NAS 1013</b>		12/KM. FINAL: <b>33860</b>	
13/NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <b>ALVARO LEON SARAS</b>		14/FIRMA DE AUTORIZACIÓN <b>DR. DINA ESTHER SANCHEZ</b>	

**PAGADO**

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

31301