



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | |
|--|--|---|---|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Benjamín Gordino González</i> | | 2/ NIVEL: <i>11</i> | 3/ FECHA: <i>13/11/17</i> |
| | | 4/ RANGO: <i>2</i> | 5/ IMPORTE: \$ <i>140⁰⁰</i> |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Departamento de Atención en enfermería</i> | | | |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Traslado de Personal a C. C. Externa Acumbay</i> | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | 9/ Km. INICIAL <i>188874</i> | 10/ CON GASOLINA <i>Si</i> |
| No. DE MATRICULA: <i>MEV 3206</i> | | 12/ Km. FINAL <i>189068</i> | 11/ SIN GASOLINA PAGADO |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Benjamín Gordino González</i> | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dra. Alma Edith Sekeriano</i> | |

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