



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2./ NIVEL	3./FECHA
JUAN CARLOS BERNAL LÓPEZ		14	20-05-2017
6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN		4./ RANGO	5./IMPORTE \$
DIR. ADMÓN. DE PERSONAL.		3	\$100.00
7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S)			
SUPERVISIÓN DE INCIDENCIAS DE PERSONAL.			
8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9./ KM INICIAL	10./ CON GASOLINA	11./ SIN GASOLINA
Nº DE MATRICULA	12./ KM FINAL		
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
JUAN CARLOS BERNAL LÓPEZ		VERÓNICA DÍAZ SAMIRÉZ	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			