



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2./ NIVEL 14	3./FECHA 06-06-2017
JUAN CARLOS BERNAL LÓPEZ		4./ RANGO 3	5./IMPORTE \$ \$106.08
6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN DIR. ADMÓN. DE PERSONAL			
7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S) SUPERVISIÓN DE NEGOCIOS DE PERSONAL			
8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9./ KM INICIAL	10./ CON GASOLINA	11./ SIN GASOLINA
N° DE MATRICULA	12./ KM FINAL		
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE JUAN CARLOS BERNAL LÓPEZ		14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN VERÓNICA DÍAZ BARRIBEZ	

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ÉSTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO