



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2./ NIVEL	3./FECHA	
Juan Carlos Barreal Lopez		14	14-07-2017	
		4./ RANGO	5./IMPORTE \$	
		03	162.00	
6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN				
División y Desarrollo de Personal.				
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
		272703	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° DE MATRICULA		12./ KM FINAL		
1210115		272738		
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Juan Carlos Barreal Lopez			Verónica Díaz Ramírez	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO				