



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2./ NIVEL	3./FECHA
Bernal López Juan Carlos		14	12-10-2017
4./ RANGO		5./IMPORTE \$	
03		160.08	
6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN			
Dir. Admón. y Desarrollo de Personal.			
7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S)			
Verificación de pago de riesgos.			
8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9./ KM INICIAL	10./ CON GASOLINA	11./ SIN GASOLINA
	67736	F	
N° DE MATRICULA	12./ KM FINAL		
	67991		
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14. FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Bernal López Juan Carlos		Verónica Díaz Ramírez	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			