

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 10	FECHA: 23-9-16
Santa Cruz N-101		RANGO: 7	IMPORTE: 106.00
UNIDAD MEDICA ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Pedro I. Ramirez			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA(S) DESTINO(S) Hacer Descuento... 23 SEP 2016... Oficina de...			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>	245522		
PARTICULAR: <input type="checkbox"/>	Km. FINAL:	SIN GASOLINA	
	245591		
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
Santa Cruz N-101			
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			