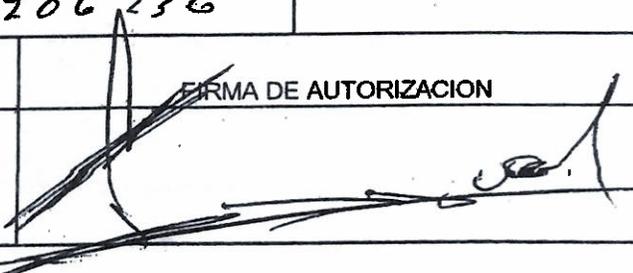


PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

(3)

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 11	FECHA: 4-8-15
Santiago Garbón Morales		RANGO: 2	IMPORTE: 106.30
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Regional Zamora			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE: Fecha (S) DESTINO (S) Urea Polimorfismo Co. F. 1 AGO Oficinas Camb. de Jolice			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>	Km. INICIAL: 5954	CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	
PARTICULAR: <input type="checkbox"/>	Km. FINAL: 206236	SIN GASOLINA <input type="checkbox"/>	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
Santiago Garbón Morales			

NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO