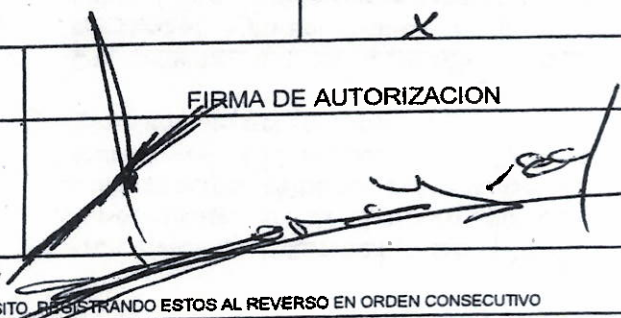


# PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: <b>07</b>	FECHA: <b>03-07-15</b>
<b>MIRIAM PEREZ FERNANDEZ</b>		RANGO: <b>2</b>	IMPORTE: <b>207.80</b>
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <b>HOSPITAL REGIONAL TUMACACO</b>			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) <b>ENTREGA DE DOCUMENTACION EN LOS DIFERENTES ORTOS. EN LA CIUDAD DE TOLUCA</b>			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
OFICIAL:			
PARTICULAR: <b>X</b>	K.M. FINAL:	SIN GASOLINA	
		<b>X</b>	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
<b>MIRIAM PEREZ FERNANDEZ</b>			
<small>NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO</small>			

50 000 002/ 11

03 JUL 2015  
 PAGO