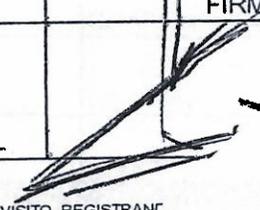


PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

(3)

NOMBRE DEL SOLICITANTE Santiago Gombao Nolasco	NIVEL: 4 RANGO: 2	FECHA: 03-12-15 IMPORTE: 106.30
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Regional Tumbes		
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO(S) Recor Documentacion @ Flor de Mayo @ Finas Centruico 7/3/15		
MODALIDAD DEL TRANSPORTE: OFICIAL: —	Km. INIC: 61685	CON GASOLINA
PARTICULAR:	Km. FINAL: 61956	SIN GASOLINA
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Santiago Gomb. Nolasco	FIRMA DE AUTORIZACION 	
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRAR		