

PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 11	FECHA: 17-12-15
<i>Santiago Guebara Nolasco</i>		RANGO: 2	IMPORTE: 106. ³⁰
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: <i>Hospital Regional Zumbaco</i>			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) <i>Entrar de documentos a la clinica de</i> <i>Amica nca</i>			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC:	CON GASOLINA	
OFICIAL: /	219069	✓	
PARTICULAR:	Km. FINAL:	SIN GASOLINA	
	219300		
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
<i>Santiago Guebara Nolasco</i>		<i>[Signature]</i>	
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			

PACADO
17 DIC 2015

11

50 000 002/ 11