


**PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE**

④

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NIVEL: 15	FECHA: 07-12-11
Rocio Acuña García		RANGO: 2	IMPORTE: \$106.-
UNIDAD MEDICO ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION: Hospital Regional Empango			
JUSTIFICACION MOTIVOS DEL VIAJE FECHA (S) DESTINO (S) Entrega de documentación oficial en <b>Atenas Centrales</b>			
MODALIDAD DEL TRANSPORTE:	Km. INIC: 2015	CON GASOLINA	
OFICIAL: <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
PARTICULAR: <input type="checkbox"/>	K.M. FINAL:	SIN GASOLINA	
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		FIRMA DE AUTORIZACION	
Rocio Acuña García			
NOTA: TERMINADA LA COMISION DEBERA OBTENER SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			