



PAGO DE VIATICOS POR FONDO REVOLVENTE

| | | | |
|--|--|--|---|
| NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>José Gregorio Morales Morales</i> | | NIVEL: <i>12</i> | FECHA: <i>13 Junio 16</i> IMPORTE: <i>100.00</i> |
| UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>Departamento de Evaluación y Supervisión de Unidades Médicas</i> | | | |
| JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S)) <i>Salida e Supervisión de la CCA Biquipilca</i> | | | |
| MODALIDAD DE TRANSPORTE TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/> | | VEHÍCULO OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/> | VEHÍCULO PROPIO <input type="checkbox"/> |
| | | GASOLINA: Con <input checked="" type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/> | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>José Gregorio Morales Morales</i> | | FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lizeth Urbina Sánchez</i> | |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO | | | |