

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO REVOLVENTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>Arevalo Garcia Corazon Angelica</i>		NIVEL: <i>22</i>	FECHA: <i>93 Junio 16</i>
UNIDAD MEDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>Departamento de Evaluación y Supervisión de Unidades Médicas.</i>		IMPORTE: <i>100.00</i>	
JUSTIFICACIÓN (MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S)) <i>Salida a Supervisar el consultorio médico Villa del Carbón</i>			
MODALIDAD DE TRANSPORTE:		GASOLINA	
TRANSPORTE PÚBLICO <input type="checkbox"/>	VEHÍCULO OFICIAL <input checked="" type="checkbox"/>	VEHÍCULO PROPIO <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Sin
NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Arevalo Garcia Corazon Angelica</i>		GOBIERNO QUE TRABAJA Y LOGRA ENGRANDE FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Dra. Lizeth Vibiana Sanchez</i>	

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO