SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA NORTE
OFICINA DE PERSONAL
HOSPITAL TRAIGUEN

COMETIDO FUNCIONAL

FECHA

1. - DEL COMETIDO FUNCIONAL

APELLIDOS Y NOMBRES	ESTABLECIMIENTO		CODIGO
	HOSPITAL TRAIGUEN		911
DEPTO/SERVICIO	R.U.T.:	CORRELATIVO	GR. / HR

FECHA DESDE	FECHA HASTA	Dias Estimados	**LOCALIDAD O ESTABLECIMIENTO**

H.SALIDA:		**H.LLEGADA:**	

DEVENGA VIATICO ☐ SI ☐ NO **Con cargo a: HOSPITAL TRAIGUEN**

DEVENGA PASAJES ☐ SI ☐ NO

SE PROPORCIONA ALIMENTACION ☐ SI ☐ NO

BUS: ☐ **V.SERVICIO:** ☐ **PARTICULAR:** ☐

OBJETIVO DEL COMETIDO

2. - LIQUIDACION VIATICO (Uso exclusivo Depto. Finanzas)

TIPO VIATICO	VALOR	CANTIDAD	SUBTOTAL	ITEM	DENOMINACION ITEM
Día Completo					
Medio Dia					
Otros (Pasajes)					
Combustible					
TOTAL					

OBSERVACIONES

COMBUSTIBLE SI _____ NO _____

NOTA: EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMETIDO FUNCIONAL ES RESPONSABILIDAD DEL JEFE DIRECTO, SOLIDARIAMENTE CON LA PERSONA QUE DISPONGA EL PAGO.

VALORES VIGENTES A CONTAR 01.12.2017

GRADO EUS.	**PORCENTAJE GRADO**	**VALOR VIATICO**	**VALAOR ½ VIATICO**
GRADO A, B Y C	16% GRADO 1-A	78.621	31.448
GRADO 1 AL 4	12% GRADO 1-A	78.621	31.448
GRADO 5 AL 10	10% GRADO 5	55.695	22.278
GRADO 11 AL 31	16% GRADO 14	45.200	18.080
VIATICOS LEY 15076	16% GRADO 14	45.200	18.080

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO	**NOMBRE FIRMA Y TIMBRE JEFE DIRECTO**	**NOMBRE FIRMA Y TIMBRE SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA**