

PARO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE AJA

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------|---|------------------|--|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Benjamin Cardenio Gonzalez</i> | | 2/ NIVEL: <i>11</i> | 3/ FECHA: <i>28/4/17</i> | | |
| | | 4/ RANGO: <i>2</i> | 5/ IMPORTE: \$ <i>280⁰⁰</i> | | |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Departamento de Enfermeria</i> | | | | | |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Traslado de Personal de Enfermeria a reunion al Hospital Suarez a reunion</i> | | | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | 9/ Km. INICIAL <i>173208</i> | 10/ CON GASOLINA <i>30</i> | 11/ SIN GASOLINA | |
| No. DE MATRICULA: <i>MEV3208</i> | | 12/ Km. FINAL <i>173304</i> | | | |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Benjamin Cardenio Gonzalez</i> | | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic Glorina Montinez Zepeda</i> | | |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO. | | | | | |

PAGADO