



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:	2/ NIVEL: 11	3/ FECHA: 20/10/17
Benjamin Gordonio Gonzalez	4/ RANGO: 2	5/ IMPORTE: \$ 280⁰⁰

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:
Departamento de Atención en Enfermería

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)
Traslado de personal a ayuntamiento de acullón

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR No. DE MATRICULA:	9/ Km. INICIAL 187620	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA
	12/ Km. FINAL 188070	S.	PAGADO

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE BGG Benjamin Gordonio Gonzalez	14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Dra. Alma Edith Severiano Sa
--	--

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