



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--|------------------|--|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Fernando Hernández Díaz</i> | | 2/ NIVEL: <i>11</i> | 3/ FECHA: <i>06/09/17</i> | | |
| | | 4/ RANGO: <i>4</i> | 5/ IMPORTE: \$ <i>160.08</i> | | |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Dirección de Administración y Desarrollo de Personal</i> | | | | | |
| 7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Verificación de Seguridad e Higiene a las instalaciones de las oficinas de Atención al Percechubiente Tezupilco</i> | | | | | |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | | 9/ Km. INICIAL <i>66131</i> | 10/ CON GASOLINA | 11/ SIN GASOLINA | |
| No. DE MATRICULA: | | 12/ Km. FINAL <i>66375</i> | <i>3/4</i> | | |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Fernando Hernández Díaz</i> | | | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic. Verónica Díaz Ramírez</i> | | |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO. | | | | | |