



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Fernando Hernández Díaz</i>		2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA: <i>28/09/17</i>		
		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>160.08</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Departamento de Administración de Personal</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Supervisado al Consorcio Médico Temascalcingo</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>66985</i>	10/ CON GASOLINA	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRÍCULA:		12/ Km. FINAL <i>67209</i>	<i>3/4</i>	<i>5</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.					