



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2./ NIVEL	3./FECHA
Fernando Hernández Díaz		13	09/10/17
4./ RANGO		5./IMPORTE \$	
4		160.08	
6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN			
Dirección de Personal			
7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S)			
Verificación de Seguridad de las oficinas de la Clínica			
8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9./ KM INICIAL	10./ CON GASOLINA
		67164	LL
11./ SIN GASOLINA		12./ KM FINAL	
		67325	
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
Fernando Hernández Díaz		Lic. Verónica Díaz Ramírez	
<p>NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO LOS ASOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO</p>			