



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2./ NIVEL	3./FECHA
Fernando Hernández Díaz		17	17 Oct. 2017
6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN		4./ RANGO	5./IMPORTE \$
Dirección de Personal		4	160.08
7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S)			
Verificación de Seguridad de las oficinas			
8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9./ KM INICIAL	10./ CON GASOLINA	11./ SIN GASOLINA
	67990	LL	
N° DE MATRICULA	12./ KM FINAL		
MOH 3229	68247		
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14./ FIRMA DE AUTORIZACION	
 Fernando Hernández Díaz		 Lic. Verónica Díaz Ramírez	
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO LOS DATOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			