

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE HERNANDEZ BELTRAN LEONARDO	2./ NIVEL 17	3./FECHA 04 DE ABRIL 2017
	4./ RANGO	5./IMPORTE \$ 160.08

NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN  
 DIRECCION DE ADMINISTRACION Y DESARROLLO DE PERSONAL

JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S)  
 PROTOCOLO DE ENTREGA RECEPCION.

MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9./ KM INICIAL 42 541	10./ CON GASOLINA —	11./ SIN GASOLINA
DE MATRICULA MIG 2832	12./ KM FINAL 45 222		

13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE HERNANDEZ BELTRAN LEONARDO	14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN LIC. VERÓNICA DÍAZ RAMÍREZ
--	--

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO