



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE <i>Noemi Bustamante Robledo</i>		2/ NIVEL: <i>17</i>	3/ FECHA: <i>19 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: MOTIVO DEL VIAJE, FECHA(S), DESTINO(S) <i>Superación Hospital Regional Atlacomulco</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ KM. INICIAL: <i>66.26</i>	10/ CON GASOLINA:
NO. DE MATRÍCULA: <i>U44-3229</i>		12/ KM. FINAL: <i>66.401</i>	11/ SIN GASOLINA: <i>1/2</i>
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Noemi Bustamante Robledo</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