



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Noemi Bustamante Robledo		2/ NIVEL: 17	3/ FECHA: 28.09.17
		4/ RANGO: 4	5/ IMPORTE: \$ 160.08
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Departamento de Administración de Personal			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) Supervisión al Consultorio Médico Temascalcingo			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL: 66.985	10/ CON GASOLINA
No. DE MATRICULA: MH 3229		12/ Km. FINAL: 67.209	11/ SIN GASOLINA Full.
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE: Noemi Bustamante Robledo		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN: Lic. Verónica Díaz Ramírez	

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.