



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|   |                |                                 |                   |
|---|----------------|---------------------------------|-------------------|
| 1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE  |                | 2./ NIVEL                       | 3./FECHA          |
| Cesar Hernandez Noyola  |                | 9                               | 7/Ago/17          |
| 6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN   |                | 4./ RANGO                       | 5./IMPORTE \$     |
| Departamento de Administración y Desarrollo de Personal   |                | 2                               | \$160.00          |
| 7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S)  |                |                                 |                   |
| Entrega Recepción de la Administración Hospital Regional Nicolas Bravo Bucerar...   |                |                                 |                   |
| 8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE<br><input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR                        | 9./ KM INICIAL | 10./ CON GASOLINA               | 11./ SIN GASOLINA |
|   | 194795         | X                               |                   |
| Nº DE MATRICULA   | 12./ KM FINAL  |                                 |                   |
| MND5161   | 194757         |                                 |                   |
| 13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE  |                | 14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN      |                   |
| <br>Cesar Hernandez Noyola  |                | <br>Lic. Verónica Díaz Rentería |                   |
| <p>NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO</p> |                |                                 |                   |