

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

| | | | | |
|--|---------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| 1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE <i>Oscar Hernandez Noyola</i> | | 2./ NIVEL <i>9</i> | 3./FECHA <i>16/Ago/17</i> | |
| | | 4./ RANGO <i>2</i> | 5./IMPORTE \$ <i>\$ 160.00</i> | |
| 6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>Depto de Admon de Personal</i> | | | | |
| 7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Notificaciones de Amonestaciones a Servidores Públicos del Hospital Alcazarke</i> | | | | |
| 8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR | 9./ KM INICIAL <i>55,854</i> | 10./ CON GASOLINA <i>X</i> | 11./ SIN GASOLINA | |
| Nº DE MATRICULA <i>MVH3220</i> | 12./ KM FINAL <i>55,993</i> | | | |
| 13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Oscar Hernandez Noyola</i> | | 14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic. Verónica Díaz Ramírez</i> | | |
| NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO | | | | |