

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 Atlacomulco</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	
N° 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					