



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE <i>Ramon Nuño Castañeda</i>	2./ NIVEL <i>22</i>	3./FECHA <i>26-11-2017</i>
	4./ RANGO <i>3</i>	5./IMPORTE \$ <i>100.00</i>

6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN  
*DIRECCION DE PERSONAL*

7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S)  
*SUPERVISION DE INCIDENCIAS DE PERSONAL*

8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9./ KM INICIAL <i>43891</i>	10./ CON GASOLINA <i>X</i>	11./ SIN GASOLINA <i>PAGAD</i>
---	--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

N° DE MATRICULA <i>404-3216</i>	12./ KM FINAL <i>44020</i>		
------------------------------------	-------------------------------	--	--

13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Ramon Nuño Castañeda</i>	14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>VERONICA DIAZ RAMIREZ</i>
---	--

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO