



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE <i>Ramon Nuno Castañosa</i>		2./ NIVEL <i>22</i>	3./FECHA <i>5-June-2017</i>	
		4./ RANGO <i>3</i>	5./IMPORTE \$ <i>106.00</i>	
6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>DIRECCION PERSONAL</i>				
7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>ENTREGA + RECEPCION DIRECCION CLINICA REGIONAL COAHUILTECA</i>				
8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9./ KM INICIAL <i>192162</i>	10./ CON GASOLINA		11./ SIN GASOLINA <i>106.00</i>
N° DE MATRICULA <i>51-61</i>	12./ KM FINAL <i>192337</i>			
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Ramon Nuno Castañosa</i>		14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>SERONICA DIAZ RAMIREZ</i>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO				