

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2./ NIVEL	3./FECHA		
RAMON NUÑO CASTAÑEDA		22	8 - JUNIO - 2017		
		4./ RANGO			3
6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN					
DIRECCION DE PERSONAL					
7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S)					
ENTREGA - RECEPCION DE RECERON LUNES ALTAJOYA-ALBUQUERQUE					
8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> ÓFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9./ KM INICIAL	10./ CON GASOLINA	11./ SIN GASOLINA	
		192644	X		
N° DE MATRICULA		12./ KM FINAL			
RND 51-61		192671			
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE			14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
RAMON NUÑO CASTAÑEDA			VERONICA DIAZ MARTINEZ		
<p>NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO</p>					