



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2./ NIVEL	3./FECHA
RAMON NUÑO CASTAÑEDA		92	7-AUGUSTO-2017
		4./ RANGO	5./IMPORTE \$
		3	160.00
6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN			
DIRECCION DE PERSONAL AREA DE ENTREGA-RECEPCION			
7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S)			
ENTREGA RECEPCION DE LA ADMINISTRACION HOSPITAL PERSONAL VALE DE VIAJE			
8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9./ KM INICIAL	10./ CON GASOLINA
		194295	X
N° DE MATRICULA		12./ KM FINAL	11./ SIN GASOLINA
1910-51-61		194957	
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14. FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
RAMON NUÑO CASTAÑEDA		LIC. CECILIA JOSE RAMIREZ	

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