



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE <i>PARION NUNE CASTAÑEDA</i>		2./ NIVEL <i>22</i>	3./FECHA <i>16-AGOSTO-17</i>		
		4./ RANGO <i>03</i>	5./IMPORTE \$ <i>160.00</i>		
6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN <i>DEPTO. DE ADMINISTRACION DE PERSONAL</i>					
7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Notificación de Amonestaciones a SERVIDORES PÙBLICOS del Hospital ATACAPAZCO</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>R</i>	11./ SIN GASOLINA	
N° DE MATRICULA <i>904 3220</i>		12./ KM FINAL <i>55,993</i>			
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Parion Nune Castañeda</i>			14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>DR. JENOVICA DIAZ JENOVICA</i>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO					