



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2./ NIVEL	3./FECHA
RAMON NUÑO CASTAÑEDA		22	25-AUGUSTO-2017
		4./ RANGO	5./IMPORTE \$
		03	100.00
6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN			
DIRECCION DE PERSONAL			
7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S)			
APOYO A SUPERVISION DE INCENTIVAS DE PERSONAL			
8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE		9./ KM INICIAL	10./ CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		155482	X
11./ SIN GASOLINA			
12./ KM FINAL			
VIATRICULA			
MND-51-61		195743	
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
RAMON NUÑO CASTAÑEDA		LIC. JERONICA DIAZ RAMIREZ	
<p>NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO</p>			