



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2./ NIVEL	3./FECHA
RAMON NUÑO CASTAÑEDA		22	4-sept-2017
6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN		4./ RANGO	5./IMPORTE \$
DIRECCION PERSONAL		03	
7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE: FECHA (S) Y DESTINO (S)			
APOYO A ENTREGA-RECEPCION DEL AREA DE GANADERIA DEL C-17-ELOTEPEC			
8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9./ KM INICIAL	10./ CON GASOLINA	11./ SIN GASOLINA
		X	
N° DE MATRICULA	12./ KM FINAL		
19ND-51-61			
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
 RAMON NUÑO CASTAÑEDA		 CBI. VERONICA DIAZ RAMIREZ	
<p>NOTA. TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO</p>			