



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2./ NIVEL	3./FECHA
RAMON NUÑO CASTAÑEDA		82	9-SEPT-2017
		4./ RANGO	5./IMPORTE \$
		03	
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 ENTREGA- RECEPCION DE LA DIRECCION DE ECATEPEC			
8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9./ KM INICIAL	10./ CON GASOLINA	11./ SIN GASOLINA
		X	
N° MATRICULA	12./ KM FINAL		
1910-51-61			
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14./ FIRMA DE AUTORIZACIÓN	
RAMON NUÑO CASTAÑEDA			
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO			