



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1./NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		2./ NIVEL	3./FECHA	
<i>Ramon Nunez Castañeda</i>		<i>22</i>	<i>09-10-17</i>	
6./NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO- ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN		4./ RANGO	5./IMPORTE \$	
<i>DIRECCION DE PERSONAL</i>		<i>03</i>	<i>100.00</i>	
7./JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJÉ: FECHA (S) Y DESTINO (S)				
<i>CERTIFICACION DE SEGURIDAD DE LAS OFICINAS NAUCALPAN</i>				
8./MOVILIDAD DEL TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR	9./ KM INICIAL	10./ CON GASOLINA	11./ SIN GASOLINA	
	<i>67164</i>	<i>X</i>		
N° DE MATRICULA	12./ KM FINAL			
<i>MMH 3229</i>	<i>67325</i>			
13./ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE		14. FIRMA DE AUTORIZACIÓN		
<i>Ramon Nunez Castañeda</i>		<i>VERONICA J.A. MARRAZ</i>		
NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN DEBERA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ES OS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO				