

PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

|  |  |  |                                 |
|--|--|--|---------------------------------|
| 1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:<br><i>Veronica Nicasio Sánchez.</i>  |  | 2/ NIVEL:<br><i>17</i>                                       | 3/ FECHA:<br><i>12/Jul/2017</i> |
|  |  | 4/ RANGO:<br><i>2</i>  | 5/ IMPORTE: \$<br><i>100</i>    |
| 6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:<br><i>Coordinación de Innovación y Calidad.</i>                            |  |  |                                 |
| 7/ JUSTIFICACIÓN, MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)<br><i>Visita de supervisión al Hospital Regional Tenancingo para verificar pro...</i> |  |  |                                 |
| 8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:<br><input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR                                     |  | 9/ Km. INICIAL<br><i>142,697</i>                             | 10/ CON GASOLINA                |
| No. DE MATRÍCULA:  |  | 12/ Km. FINAL<br><i>142,806</i>                              | 11/ SIN GASOLINA                |
|  |  |  | <i>X</i>                        |
| 13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE<br><i>Veronica Nicasio Sánchez</i>   |  | 14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN<br><i>Blanca Laura Mejia Colin</i> |                                 |
| NOTA: TERMINAL A LA COMISION DEBE RA OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITO, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO.                  |  |  |                                 |

