



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Dona Naida Lara Fina		2/ NIVEL: 11	3/ FECHA: Abril 25 2017
		4/ RANGO: 3	5/ IMPORTE: \$ 100.00
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: Hospital Regional de Valle de Bravo			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) Quedo ausente por limpieza de manos que se llevo a cabo en el Hospital Regional de Valle de Bravo			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA 11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRÍCULA:		12/ Km. FINAL	✓
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE Dona Naida Lara Fina Naida Lara		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN Autorizado Ramiro Araya	

NOTA: TERMINADA LA COMISIÓN, DEBERÁ OBTENER EL SELLO DE LA UNIDAD QUE VISITÓ, REGISTRANDO ESTOS AL REVERSO EN ORDEN CONSECUTIVO

50 000 002/17

25 ABR 2017