



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:		2/ NIVEL:	3/ FECHA:
Isela Karina Piña Garay		17	19/05/2017
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$
		4	140.-
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:			
Delegación Administrativa			
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)			
Supervisión al Consultorio Médico de Bloctla			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:		9/ Km. INICIAL	10/ CON GASOLINA
<input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		175628	11/ SIN GASOLINA
No. DE MATRICULA:		12/ Km. FINAL	
MEV-3206		175535	51
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE:		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN:	
Isela Karina Piña Garay		Lic. Betna del C. Sánchez Garay	

PAGADO

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