



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

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

PAGADO

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