



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Yocira Martinez Pacheco</i>		2/ NIVEL:	3/ FECHA: <i>23 Mayo 2017</i>		
		4/ RANGO:	5/ IMPORTE: \$ <i>140.00</i>		
6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN: <i>Delegación Administrativa de Servicios de Salud</i>					
7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) <i>Supervision Clinica consulta externa Sn. martin de las Piramides</i>					
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>115530</i>	10/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	11/ SIN GASOLINA	
No. DE MATRICULA: <i>174-8469</i>		12/ Km. FINAL <i>116227</i>	PAGADO		
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Yocira Martinez Pacheco</i>			14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic. Belnadel C. Sanchez G.</i>		

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