



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: <i>Juanay Argely Medina Soara.</i>	2/ NIVEL: <i>II</i> 4/ RANGO: <i>02</i>	3/ FECHA: <i>29/06/17</i> 5/ IMPORTE: \$ <i>140.</i>
---	--	---

6/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICO - ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN:

*Coordinación de los Servicios de Salud*

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S) *obrada en Unidad de atención al derechohabiente*

*Reunión con la dra. de Amecameca* *etwcalpen.*

**PAGADO**

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR Nº DE MATRICULA: <i>MEV-3158</i>	9/ Km. INICIAL <i>168712</i> 12/ Km. FINAL <i>167969</i>	10/ CON GASOLINA <input checked="" type="checkbox"/>	11/ SIN GASOLINA
---	---	---	------------------

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE      14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

*Juanay Argely Medina Soara*

*Beitha del C. Sanchez Garcia*

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