



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>07/07/2017</i>
		4/ RANGO: <i>4</i>	5/ IMPORTE: \$ <i>140.00</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>Superación a la Clin. de Cons. Ext. los Pinos La Paz</i>			
8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> OFICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR		9/ Km. INICIAL <i>121,74</i>	10/ CON GASOLINA <i>SI</i>
No. DE MATRÍCULA: <i>MFR-1592</i>		12/ Km. FINAL <i>121,913</i>	11/ SIN GASOLINA PAGADO
13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE <i>Isela Karina Piña Garay</i>		14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN <i>Lic. Bertha del C. Sánchez Garza</i>	

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