



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:

Delegación Administrativa

7/ JUSTIFICACIÓN: MOTIVOS DEL VIAJE, FECHA (S) Y DESTINO (S)

Superación a la Clin. de Cons. Ext. los Pinos La Paz

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL PARTICULAR

No. DE MATRÍCULA:

MFR-1592

9/ Km. INICIAL

121,74

12/ Km. FINAL

121,913

10/ CON GASOLINA

SI

11/ SIN GASOLINA

PAGADO

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

Isela Karina Piña Garay

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

Lic. Bertha del C. Sánchez Garza

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