



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

2/ NIVEL:

3/ FECHA:

Cesar Duran Segundo Castellanos

11

10/9/19

4/ RANGO:

5/ IMPORTE: \$

1

280

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

Delegación Administrativa de la coordinación de servicios de salud

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

Transporte de personal clínico de consulta externa Atizapua

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

121913

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

No. DE MATRÍCULA:

MFA 1392

12/ Km. FINAL

122050

X

PAGADO

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN

7

Cesar Segundo Castellanos

Zuc. Bertha del Carmen Sanchez Gomez

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