



PAGO DE VIÁTICOS POR FONDO FIJO DE CAJA

1/ NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE:

Yadira Martinez Pacheco

2/ NIVEL:

4/ RANGO:

3/ FECHA:

01 Agosto 2017

5/ IMPORTE: \$

140.⁰⁰

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

Delegación Administrativa de Servicios de Salud

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

Supervisión al Centro Médico

PAGADO

8/ MODALIDAD DE TRANSPORTE:

OFICIAL

PARTICULAR

9/ Km. INICIAL

131387

10/ CON GASOLINA

11/ SIN GASOLINA

No. DE MATRICULA:

MEN 3235

12/ Km. FINAL

131640

X

13/ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBIÓ:

Yadira Martinez Pacheco
Yadira

14/ FIRMA DE AUTORIZACIÓN:

Bertha del C. Sánchez García.

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